

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THESE

N°

269

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Eugène LAFONTAINE

Né le 1^{er} Janvier 1915, à Villeparisis (S.-&-M.)

Présentée et soutenue publiquement le ... - 9 JUIL 1942 ... 19

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU CHANCRE SYPHILITIQUE
DU COL UTÉRIN

100 Observations inédites recueillies à la Maison de Saint-Lazare
(dont 41 personnelles, y compris une observation de chancres
sur leucoplasie)

Président : M. GOUGEROT, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1942



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat: **LAFONTAINE**

Prénoms: **Eugène.**

Date de la soutenance: _____

Numéro d'ordre: _____

(Ces deux mentions seront complétées par le service de la Bibliothèque)

LAFONTAINE (Eugène). — Contribution à l'étude du chancre syphilitique du col utérin. — *Paris, Imp. R. Foulon, 1942, in-8°, 107 p., 6 fig.*

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1942, N°)

LAFONTAINE (Eugène). — Contribution à l'étude du chancre syphilitique du col utérin. — *Paris, Imp. R. Foulon, 1942, in-8°, 107 p., 6 fig.*

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1942, N°)

LAFONTAINE (Eugène) — Contribution à l'étude du chancre syphilitique du col utérin. — *Paris, Imp. R. Foulon, 1942, in-8°, 107 p., 6 fig.*

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1942, N°)

LAFONTAINE (Eugène). — Contribution à l'étude du chancre syphilitique du col utérin. — *Paris, Imp. R. Foulon, 1942, in-8°, 107 p., 6 fig.*

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1942, N°)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Eugène LAFONTAINE

Né le 1^{er} Janvier 1915, à Villeparisis (S.-&-M.)

Présentée et soutenue publiquement le 19 ..

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU CHANCRE SYPHILITIQUE
DU COL UTÉRIN

100 Observations inédites recueillies à la Maison de Saint-Lazare
(dont 41 personnelles, y compris une observation de chancres
sur leucoplasie)

Président : M. GOUGEROT, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1942



I. — PROFESSEURS

LE DOYEN BAUDOUIN

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	QUENU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..	Henri BENARD.
Pathologie expérimentale comparée	CHIRAY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	ABRAMI.
Clinique médicale	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P.-VALLERY-RADOT.
	CATHALA.
	Robert DEBRE.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CADENAT.
Cliniques des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	LENORMANT.
	MONDOR.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	LEVEUF.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	BROCQ.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
	DOGNON.
	GIROUD.
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.			MM.		
AMELINE	Pathologie	chirurgicale.	HAGUENAU	Pathologie	médicale.
BARIETY	Pathologie	médicale.	LACOMME	Obstétrique.	
BERNARD Etienne.	Pathologie	médicale.	LANTUEJOUL	Obstétrique.	
BESANÇON Justin.	Hydrologie.		LAVIER	Parasitologie.	
BONNET	Bactériologie		LELONG	Pathologie	médicale.
BOULIN	Pathologie	médicale.	LEMAIRE	Pathologie	expérimentale.
BROUET	Pathologie	médicale.	LENEGRE	Pathologie	médicale.
BULLIARD	Histologie.		Mlle J. LEVY	Pharmacologie.	
CACHERA	Pathologie	médicale.	MARCHAL	Pathologie	médicale.
CORDIER	Anatomie.		MENEGAUX	Pathologie	chirurgicale.
COSTE	Pathologie	médicale.	MOLLARET	Pathologie	médicale.
JOUVELAIRE (Roger)	Urologie.		MOUQUIN	Pathologie	médicale.
DELARUE	Anatomie	pathologique.	PATEL	Pathologie	chirurgicale.
DELAY	Pathologie	médicale.	PETIT-DUTAILLIS	Pathologie	chirurgicale.
DESGREZ (H.)	Physique.		RENARD	Ophthalmologie.	
DESOILLE	— Médecine légale.		RICHET	Physiologie.	
DIGONNET	Obstétrique.		SENEQUE	Pathologie	chirurgicale.
DOGNON	Physique.		SICARD	Pathologie	chirurgicale.
FÈVRE	Pathologie	chirurgicale.	SOULIE	Pathologie	médicale.
FUNCK-BRENTANO	Pathologie	chirurgicale.	SUREAU	Obstétrique.	
GALLIARD	Parasitologie.		TURPIN	Pathologie	médicale.
GARCIN	Pathologie	médicale.	WILMOTH	Pathologie	chirurgicale.
Mlle GAUTHIER-	Anatomie	pathologique.			
VILLARS					
DE GENNES	Pathologie	médicale.			

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	HUGUENIN	Anatomie Pathologique.
CHAILLEY-BERT ..	Physiologie.	LE LORIER	— Obstétrique.
GUENIOT	Obstétrique.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.	PIEDELIEVRE . .	Médecine légale.
		VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgi- cale.
BRULE		GATELLIER ...	
CHABROL		de GAUDART	
CHEVALLIER .		d'ALLAINES .	
LAROCHE Guy		MOULONGUET .	
LIAN		MOURE	
MOREAU			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N... ..	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les options émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PERE

En témoignage de ma grande affection.

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR H. GOUGEROT

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Officier de la Légion d'honneur

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur de
présider cette thèse.*

En témoignage de profonde gratitude. .

A NOTRE MAITRE
MONSIEUR LE DOCTEUR A. TOURAINE

Président de la Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Chevalier de la Légion d'Honneur

*En hommage de très respectueuse et vive
gratitude pour l'aide qu'il nous a sans cesse
apportée au cours de nos études.*

A NOTRE MAITRE
MONSIEUR LE DOCTEUR L. PERIN

Médecin-Chef de Service à la Maison de Saint-Lazare
Médecin-Chef du Dispensaire de Salubrité
Officier de la Légion d'honneur

*Avec toute la reconnaissance que nous lui
devons pour son enseignement et pour l'ex-
trême bienveillance qui a toujours été la
sienne à notre égard.*

A NOTRE MAITRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR M. DUVOIR

Professeur de Médecine Légale
Médecin des Hôpitaux
Officier de la Légion d'honneur

*Pour le bon accueil qu'il a bien voulu
nous réserver dans son Service.*

A NOTRE MAITRE
MONSIEUR LE DOCTEUR L. AUROUSSEAU

Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Chevalier de la Légion d'honneur

En remerciement de la sympathie constante qu'il nous a toujours témoignée.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. LABBE (*in memoriam*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. BEZANÇON

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. DEBRE

Externat

MONSIEUR LE DOCTEUR PICOT

MONSIEUR LE DOCTEUR AUROUSSEAU

MONSIEUR LE DOCTEUR CI. GAUTIER.

MONSIEUR LE DOCTEUR A. TOURAINE

MONSIEUR LE DOCTEUR M.-A. DOLLFUS

MONSIEUR LE DOCTEUR BOUCHET

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. DUVOIR

Internat de Saint-Lazare

MONSIEUR LE DOCTEUR P. FERNET

MONSIEUR LE DOCTEUR L. PERIN

MONSIEUR LE DOCTEUR R. RABUT

MONSIEUR LE DOCTEUR P. DUREL

A MM. LES DOCTEURS D. THIBAUT, POUMEAU-DE-
LILLE, R. GOLDBERG, B. DUPERRAT,
J. LECLERCQ, CH.-E. BOURSAT,

AVANT-PROPOS

Nous avons eu l'occasion d'observer de 1938 à avril 1942, à l'Hôpital Saint-Louis, au Dispensaire de Salubrité, au Dispensaire Toussaint-Barthélémy et surtout à la Maison de Saint-Lazare, un grand nombre de chancres syphilitiques du col de l'utérus. Bien que de nombreux auteurs aient traité cette question et que fréquentes en soient les publications, le dernier travail d'ensemble (exception de celui de VASSAL), est antérieur à la découverte par M. Clément SIMON de l'adénopathie iléo-pelvienne satellite du chancre. Nous avons donc repris le sujet — usant largement d'une bibliographie importante — en réunissant cent observations inédites, indiscutables.

En insistant particulièrement sur la fréquence réelle du chancre cervical induré et sur son évolution, nous avons cru devoir diviser l'étude clinique en deux chapitres, suivant que l'accident primaire apparaissait sur un col sain ou sur un col déjà malade. Nous avons traité particulièrement l'importante question « chancre papulo-érosif et exocervicite érosive », et relaté le premier cas de chancres syphilitiques survenant sur une leucoplasie cervicale idiopathique histologiquement vérifiée. Enfin, nous avons fait

quelques remarques sur la sérologie du chancre traité à la période dite présérologique, remarques d'ailleurs valables pour tous les autres chancres.

Nous exprimons à notre Maître, le Docteur L. PÉRIN, notre reconnaissance pour son enseignement de chaque jour, et prions MM. les Docteurs P. FERNET et R. RABUT, Médecins Chefs de services à la Maison de Saint-Lazare, P. DUREL, Médecin de Saint-Lazare, d'accepter nos respectueux remerciements pour les observations et les malades qu'ils ont bien voulu nous confier.

HISTORIQUE

Quatre dates importantes jalonnent l'histoire du chancre syphilitique du col utérin :

1832 : usage du spéculum par RICORD et ses élèves.

1873 : leçons de FOURNIER, venant peu après la différenciation des chancres.

1905 : découverte du *Spirochoeta pallida* (SCHAUDINN).

1938 : découverte clinique de l'adénopathie iléo-pelvienne satellite, par M. Clément SIMON.

Modifié et vulgarisé par RÉCAMIER en 1816, le spéculum — ancien dioptré de Paul d'EGINE et Ambroise PARÉ (1510-1590) — n'est utilisé pour la première fois fréquemment que par RICORD et son Ecole. Cet auteur décrit le premier les ulcérations cervicales d'origine vénérienne dans son Mémoire : « Sur quelques faits observés à l'Hôpital des Vénériens », en 1832. Puis GIBERT, en 1837, publie ses « Remarques pratiques sur les ulcérations du col de la matrice », tandis que GOSSELIN en 1843 et BENNET en 1850 présentent respectivement 2 et 1 observations qui paraissent légitimes. Mais tous les travaux

d'alors : ceux de BOYS DE LOURY et COSTILHES, d'Alphonse ROBERT, de GRIVOT-GRANDCOURT, de BERNUTZ (1885: essai de classification des lésions « chancres » du col utérin), de SIGMUND en Allemagne, confondent en de semblables descriptions chancres mous et chancres syphilitiques. RICORD lui-même soutient l'identité des chancres et leur différenciation est l'œuvre de ses élèves BASSEREAU (1852), CLERK (1854), FOURNIER (1857), ROLLET (1858) qui montrèrent : 1° que le chancre simple reproduit par contagion le chancre simple, qui apparaît sans incubation et peut être inoculé sur le malade lui-même ou sur toute autre personne, syphilitique ou non; 2° que le chancre induré reproduit par contagion le chancre induré, qui apparaît seulement après une incubation prolongée, et qui ne peut être inoculé ni sur le malade lui-même, ni sur aucun sujet syphilitique. Mais les observations de chancres syphilitiques du col de l'utérus restent rares, et SIGMUND (1863), GUÉRIN (1864), ROLLET (chancre mixte), DESPREZ, COURTY, GAILLARD, n'en rapportent que des cas isolés et parfois discutables.

C'est FOURNIER qui, en 1873, dans ses magistrales « Leçons sur la syphilis, étudiée particulièrement chez la femme », en donne la première description clinique complète, confiant plusieurs de ses observations à son élève SCHWARTZ, qui leur consacre la même année sa thèse

inaugurale. Les publications se multiplient dès lors. Citons celles de FOURCAULT et A. MARTIN, de KLING, RASUMOW, HITZMANN, MRAZEK, CHAMBRELENT, HIRIGOYEN, VERZELEY, MOUSSUS, MAURIAC. Les articles d'ensemble les plus importants sont ceux de RENAUD (d'après GELLHORN et EHRENFEST, 1894), d'I. NEUMANN (*Spéciale Pathologie und Therapie*, Nothnagel. in tome Syphilis, 1896), de THIBIERGE (1904), d'OPPENHEIM.

Puis, en 1905, SCHAUDINN identifie le *Spirochoeta pallida*, aujourd'hui *Treponema pallidum*. Sa recherche est systématique dès le début du XX^e siècle, apportant une précieuse contribution au diagnostic (FUCHS, GRAENFEBERG, CERESA et CONVEST). En 1906, en partant des recherches de BORDET et GENGOU sur les systèmes hémolytiques, WASSERMANN réalise la réaction qui porte son nom. Les observations isolées sont alors très nombreuses dans tous les pays, et il est impossible de les rapporter. L'histopathologie n'est que peu traitée en général. Parmi les travaux d'ensemble récents il faut citer ceux d'OZENNE (*Syphilis de l'utérus et de ses annexes*, 1920), de RIVALOEN (thèse 1923), de STOOKEY et ROBERTS (chancre of cervix, *Am. Journal Syphilis*, avril 1928), de J.-J. PUENTE, de Buenos-Ayres (*Bruxelles Médical*, février 1931), les thèses de BLAZY (Bordeaux 1929), de MINAIRE (Lyon 1930), la monographie de DUREL et MAYER (*La Médecine*, décembre 1933).

Enfin, en 1938, M. Clément SIMON, dans son service

de Saint-Lazare, découvre l'adénopathie iléo-pelvienne satellite du chancre syphilitique du col, nettement perceptible au toucher vaginal, sur laquelle notre collègue VASSAL soutient sa thèse (Paris, 1938).

FREQUENCE

QUELQUES STATISTIQUES

(Pourcentage des chancres syphilitiques du col utérin
par rapport à 100 chancres génitaux)

MRAZEK (1881)	4,7
FOURNIER (1889)	5,2
NEUMANN (1896)	16
OPPENHEIM (1908)	10
OZENNE (1920)	9,65
CERESA (1925)	16
BLAZY (1930)	16
PUENTE (1931)	16
GATÉ et CUILLERET (1932)	19
LAURENT et MINAIRE (1932)	28
DUREL et MAYER (1933) (1)	36,6
JOULIA (1935)	38
Clément SIMON et VASSAL (1938)	20
FERNET et COLLART (1938)	30

(1) Et non pas 6,6 % (La Médecine, décembre 1933). Erreur d'impression.

PÉRIN et LAFONTAINE (1940)	57
SPINETTA (1941)	50

Statistique d'ensemble de la Maison de St-Lazare
(trois dernières années) 40 %

Ces chiffres ne sont qu'apparemment très différents; si on les classe en effet par ordre chronologique, si même on en établit une courbe, il est aisé de se rendre compte que les auteurs ont constaté un nombre sans cesse plus grand d'accidents primitifs cervicaux. Les dernières statistiques ont d'autant plus de valeur qu'elles portent sur un plus grand nombre de cas.

Dès 1906, FOURNIER prévoyait cette fréquence accrue, puisqu'il écrivait, dans son « Traité de syphilis » :

« Ce chancre a la réputation de rareté qu'à coup sûr il ne mérite pas. On le considère comme une curiosité, comme une exception. Je proteste contre cette croyance. Et j'ajouterai que sa fréquence réelle est très certainement supérieure à sa fréquence apparente... Cela pour deux raisons: parce que d'abord il est exposé plus que tout autre à passer inaperçu, en raison de son siège et de son indolence absolue; parce que en second lieu, il a pour caractère de se modifier spontanément avec une rapidité singulière... C'est là par excellence une lésion qu'il faut chercher pour la découvrir. »

Il n'est plus question d'évoquer actuellement en faveur de la localisation du chancre syphilitique :

— le prolapsus utérin (ROLLET).

— le ramollissement du col pendant la menstruation et la grossesse (FOURNIER).

— des raisons anatomiques (RAGUENAUD, 1921, pense que le tréponème choisit son terrain en un point rétréci. Il



Fréquence des chancres du col par rapport aux chancres génitaux de la femme de 1881 à 1941

établit un parallèle entre les amygdales parsemées de cryptes, où stagne la salive et la saillie du col au fond du vagin — bien que la structure soit différente — à cause des formations glandulaires, de la déclivité du vagin, de la température constante).

« Le virus chancreux, pour ainsi dire essuyé et retenu par les parties extérieures » (BENNET), « L'isolement et la protection du col par le mucus gélatiniforme qui l'enduit » (SCHWARTZ), sont des arguments inverses aujourd'hui abandonnés.

Les érosions blennoragiques, herpétiques, les traumatismes, les ectropions des orifices déchirés des multipares, joueraient par contre un rôle important, bien que nous ayons vu dans la moitié de nos observations environ le chancre sur un col sain, non érodé, sans sécrétion anormale, avec souvent un appareil génital indemne.

Quelques auteurs, en particulier R. BARTHÉLEMY et MINAIRE, pensent que les statistiques réalisées sur les clientèles des dispensaires et de prostitution surveillée sont faites dans des conditions où les proportions de base sont d'emblée fausses. Chez les prostituées surtout, le traumatisme continu du coït, le port du condom, les lavages savonneux remontant jusqu'au col, les autres affections vénériennes, l'application d'antiseptiques modifiant les sécrétions dont l'acidité normale est peu propre au développement du tréponème (il s'agit sans doute du Ph. des sécrétions vaginales voisin de 4,5, le Ph. des sécrétions cervicales étant physiologiquement alcalin), favoriseraient l'apparition du chancre du col utérin. Ces affirmations ne laissent pas de nous étonner. C'est en effet sur cette clientèle que l'examen complet, précis et méthodique est au maximum possible, dans des conditions idéales. Ajoutons à cela

que les prostituées surveillées (filles en cartes, femmes de maison), n'ont représenté en 1940 que 23 % et en 1941 que 15 % des 3.000 et 4.500 malades respectivement hospitalisées à Saint-Lazare durant ces deux dernières années, le reste étant constitué par des « insoumises » souvent peu expérimentées; que ces hospitalisations sont le résultat d'un nombre considérable d'examens cliniques, bactériologiques et sérologiques pratiqués au Dispensaire de Salubrité de la Préfecture de Police; qu'actuellement, du fait de l'occupation, la répression de la prostitution clandestine, très étendue (raffles à toute heure, du bar interlope au grand café des boulevards, de la rue ou du quartier tout entier à l'hôtel réquisitionné), les enquêtes épidémiologiques et les plaintes de contamination amènent devant le médecin les représentantes des milieux sociaux les plus divers.

Notre statistique, 40 %, serait plutôt modeste, car nous n'avons compté que les cas où l'examen ultramicroscopique est positif, et l'on sait la difficulté qu'offre parfois cet examen sur le col. En cas de lésions secondaires généralisées concomittantes, nous nous sommes souvent abstenu afin de ne pas prendre comme chancres papulo-érosifs des syphilitides érosives où le tréponème peut être également décelé.

Le chancre syphilitique du col utérin constitue donc, avec le chancre vulvaire, une des localisations essentielles des chancres génitaux de la femme, et sans doute la plus fréquente.

Il est intéressant de signaler que la fréquence du chan-

cre du vagin, sur une échelle moindre, est également croissante. PUENTE, en 1931, en signalait 30 cas indiscutables dans toute la littérature médicale. Mais RILLE à lui seul en apportait bientôt 21 nouveaux cas. En feuilletant les dossiers du Service de notre Maître, le Docteur L. PÉRIN, nous en avons dénombré 7 cas en trois ans.

ETUDE CLINIQUE

Dans plus de la moitié de nos observations (60 % des cas), le chancre est apparu sur des cols antérieurement sains; dans le reste des cas, il est apparu sur des cols déjà malades, présentant essentiellement des lésions métritiques.

LE CHANCRE SYPHILITIQUE DU COL SAIN

1° *Siège et variétés* (d'après nos observations) :

dans 46 % des cas :	lèvre antérieure;
30 % »	: lèvre postérieure;
8 % »	: péri-orificiel;
8 % »	: chancres multiples;
4 % »	: endocervical;
2 % »	: commissural;
2 % »	: pourtour de l'insertion vaginale du col.

Chancre excentrique: Dans 60 % des cas, le chancre est excentrique, franchement séparé de l'orifice externe du col par une zone de muqueuse saine.

La localisation sur la lèvre antérieure, considérée comme de seconde importance par FOURNIER et LAND, a été reconnue comme la plus fréquente par MRAZEK, NEUMANN, GELLHORN, CRON, PUENTE, DUREL, BARTHÉLEMY. Elle existe une fois sur deux environ dans notre statistique. Peut-être ce fait est-il en rapport avec la position normale, en antéverson, de l'utérus. La localisation sur la lèvre postérieure est moins commune. Ces localisations pouvant être situées près de l'insertion vaginale du col, il convient de pratiquer l'examen au spéculum aussi large que possible, en écartant les valves au maximum et en les orientant successivement dans les deux plans horizontal et vertical (exemple : observation n° 35 : chancre de la face postérieure du col).

Chancre juxta-orificiel : Ce chancre se rencontre dans 28 % des cas. Il est aplati dans la région où il touche l'orifice externe du col. On le rencontre surtout sur les cols de multipare à orifice élargi ou déchiré lors d'accouchements passés. Il ne se prolonge qu'exceptionnellement dans l'endocol.

Chancre commissural : Ce n'est qu'une variété de la forme précédente.

Chancre péri-orificiel concentrique : Ce chancre n'est pas rigoureusement centré sur l'orifice cervical ; il l'encadre incomplètement ; il déborde souvent davantage sur une lèvre. Ses bords sont remarquablement réguliers. Il est induré (voir chapitre chancre et exocervicite érosive).

CHANCRES



Chancre endocervical: Nous en avons observé un cas ; un second cas nous a été communiqué par M. FERNET.

2° *Nombre*: « C'est le propre du chancre induré d'être habituellement solitaire » (RICORD). Cette affirmation si souvent démentie par la clinique (« le chancre est multiple une fois sur trois » FOURNIER) est cependant réalisée en cas de localisation utérine. Sur nos 100 observations nous n'avons trouvé que six fois un chancre double et deux fois un chancre triple. Sur les six cas de chancre double, les érosions étaient distinctes entre elles et distinctes de l'orifice dans trois cas. Dans les trois autres cas, l'orifice cervical formait le centre d'un huit de chiffre inégalement dessiné à grand axe le plus souvent vertical. (Exemple observation N° 43.) Nous n'avons pas compté dans cette étude comme chancres doubles un cas où il existait un chancre vulvaire et un chancre du col (observation N° 33) et un autre où il y avait coexistence de chancre de l'urètre (observation N° 15). Quelques auteurs ont signalé l'association possible de plusieurs chancres : col et vagin (OPPENHEIM et RILLE), col et lèvre supérieure de la bouche (PUENTE), col et anus (SCHWARTZ)...

SCHWARTZ, dans sa thèse, décrit dans un cas cinq érosions cervicales lenticulaires qu'il affirme être cliniquement des accidents primitifs. Aucun cas semblable n'a été signalé depuis que la recherche ultramicroscopique du tréponème permet un diagnostic positif certain.

3° *Forme*: « La syphilis aime la ligne courbe ».

Comparée à un pois, une lentille, une amande, une pièce de monnaie, la forme du chancre est ordinairement circulaire ou ovale. Dans notre observation N° 15, il s'agit d'un chancre en haltère. La régularité des contours est la règle dans ces chancres apparaissant sur une muqueuse saine.

4° *Etendue*: Elle est variable, allant d'une érosion lenticulaire à une érosion de plusieurs centimètres de diamètre. Les chancres excentriques sont en général plus petits que les chancres juxta-orificiels qui sont eux-mêmes plus petits que les chancres centraux. Nous ne connaissons pas de description de chancres cervicaux nains. Quelques chancres géants, de la taille d'une pièce de cinq francs, occupant toute la surface du museau de tanche, ont surtout été remarqués par les accoucheurs, les manifestations de la zone génitale au cours de la gestation étant souvent hypertrophiques du fait de la congestion passive permanente.

5° *Description*: la période d'incubation, entre 19 et 28 jours, est la même que pour les autres localisations génitales. Elle est silencieuse, et rien ne permet de faire le diagnostic. Par exception, l'incubation est écourtée (15 à 17 jours). Elle est souvent prolongée. Certaines observations, dont celle de GATÉ, CUILLERET et TIRAN, ont montré la contagiosité possible à cette période de la maladie, sans même que l'incubation soit particulièrement longue.

M. GOUGEROT a en général invoqué le saprophytisme du tréponème, BALZER et BARTHÉLÉMY ont envisagé une survie locale du tréponème après le coït infectant, LEVADITI et YAMANOUCHI l'existence de lésions histologiques de beaucoup antérieures aux lésions visibles. Cliniquement, STOOKEY pense que l'on doit interpréter une hypertrophie œdémateuse du col comme une forme de réaction initiale ou d'entrée de la syphilis.

Nous décrivons quatre formes cliniques :

Chancre papuleux : le plus fréquent.

Il évolue par trois phases : *érosive*, *papulo-érosive*, *papuleuse*, dont les deux premières ne durent que quelques jours. Au début c'est une simple exfoliation, une minime érosion très superficielle, circulaire ou ovale, d'étendue restreinte, plane, absolument indolente, dont la couleur parfois rougeâtre, parfois blanchâtre, tranche à peine sur le rose mat de la muqueuse avoisinante, saine. Cette exulcération laisse souvent sourdre une légère sérosité transparente ou à peine louche qui a permis à LACASSAGNE de dire : « le chancre à son début pleure comme l'herpès. Le microscope seul fait le diagnostic ». Elle est « commune, banale, innocente d'aspect » (FOURNIER) (exemple notre observation N° 26, chancres à la période présérologique). Un discret, liseré rouge, ecchymotique, borde parfois la lésion : c'est la « collerette rouge, purpurine » de FOURNIER, qui accuse le ton blanchâtre de la partie centrale. Dans une

deuxième phase les bords se surélèvent légèrement, deviennent grisâtres, s'épaississent, le centre restant quelques jours déprimé. Surpris alors, le chancre du col utérin peut don-



Chancre papulo-érosif — (Photo Maire)
Malade du Service du Docteur RABUT.
(Remarquer la localisation, l'aspect en pastille,
le semis ecchymotique).

ner un aspect en cocarde (exemple l'observation N° 83).

Enfin, on est en présence d'un petit mamelon en plateau, faisant légèrement saillie au-dessus des parties voisines, qui, « presque toujours, offre une teinte d'un gris lardacé, rappelant la couleur des coupes du squirrhe et

semblant due à une sorte d'enduit pseudo-membraneux qui la recouvre. Parfois, cette teinte vire au blanc grisâtre ou même au blanc mat ; d'autres fois, elle prend un ton jaunâtre, émaillé d'un semis ecchymotique » (FOURNIER).

La pellicule recouvrant ce chancre papuleux, en pastille, est en général assez adhérente. Elle l'a fait nommer « chancre diphtérique » par OPPENHEIM. Ne formant pas toujours un revêtement complet, elle se détache, par frottement ou avec une pince, en îlots ou fragments donnant lieu parfois à des petites hémorragies. Enlevé ou disparu spontanément, cet exsudat découvre la surface du chancre, qui peut alors sécréter une abondante sérosité : c'est la rosée séreuse de Nicolas, Favre et André. Cette surface est « lisse, unie, reluisante, parfois vernissée, jamais granuleuse » (OZENNE).

Doublant la collerette ecchymotique, PUENTE a souvent constaté une « seconde bande rouge, fine, de couleur vive, écarlate et pourpre, contrastant nettement avec la coloration grise ou jaunâtre de l'exsudat et la couleur rose nacré du col ».

Nous avons relevé cette description dans deux observations. Dans un cas, un aspect visuel analogue a été réalisé par une érosion arrondie de la lèvre antérieure du col, avec, au centre une ulcération concentrique, taillée à l'emporte-pièce, de 7 m/m de diamètre environ (observation N° 30).

Le chancre ulcéreux : Cette forme appartiendrait de préférence aux chancres concentriques. Les descriptions saisissantes de BERNUTZ, de BENNET, de Robert BARNES ne sauraient être retenues, datant d'une époque antérieure à la séparation du chancre mou et du chancre syphilitique en deux espèces morbides différentes. Les observations authentiques sont assez rares (THIBIERGE, ROSTAINE et DRUELLE, PASSENAUD, OPPENHEIN, BLANDIN, BROUSSE, CERESA, PUENTE). L'ulcération repose sur un col en général assez volumineux. « Elle est régulièrement arrondie ou ovale, et sa circonférence, légèrement sinueuse est entourée d'un halo rouge. Le fond est plus ou moins excavé; tantôt peu, tantôt profondément, recouvert d'un exsudat blanc jaunâtre facile à enlever. Ce fond est rouge foncé lorsque l'on a enlevé l'exsudat » (PUENTE). THIBIERGE le compare à de la chair musculaire. D'après cet auteur, l'ulcération saigne facilement lorsqu'on la frotte. On peut l'expliquer en disant que « les vaisseaux du col, à ce niveau, sont d'un calibre supérieur et ne se trouvent pas aussi envahis que les capillaires par le processus inflammatoire qui obstrue leur lumière ».

Quelquefois, si elle empiète dans l'endocol, l'ulcération prend une forme elliptique plus ou moins allongée et même tout à fait irrégulière. Dans cette variété de chancre, les parties voisines de la muqueuse du museau de tanche sont plus rouges, brillantes et congestionnées (OZENNE). L'in-

filtration tissulaire périphérique serait plus grande. OZENNE a signalé dans certains cas à la périphérie un « œdème hypertrophique ».

Le chancre hypertrophique: C'est la forme la plus rare, particulièrement fréquente au cours de la gestation. Des observations en ont été publiées par MOLIERI, NEISSER, WILLE et SENCAR, LIGNIER, LANTUEJOUL, WARTHIN et NOLARD, PUENTE. VILLERS en 1937, signale cependant des chancres hypertrophiques en dehors de la gestation (observations du Service de M. Payenneville). Ce chancre déforme le col en chou-fleur; celui-ci présente à la fois des ulcérations et des bourgeons irréguliers, en partie couverts d'un exsudat pseudo-membraneux, reposant sur une base infiltrée limitée au pourtour de la lésion. La masse bourgeonnante peut atteindre le volume d'une noix, et parfois davantage. Elle saigne au contact. Rarement, pendant l'exploration, des petits mamelons déchiquetés en voie de sphacèle pourront être éliminés. Le col lui-même est souvent augmenté de volume: NEUMANN dit qu'en introduisant le spéculum dans le vagin, « il bondit sous les yeux ». M. MILIAN, après ROSTELLI et DRUELLE, a signalé un cas de chancre hypertrophique simulant le cancer et opéré comme tel. PUENTE rattache à cette forme les cas très rares de chancres gangréneux, décrits par OPPENHEIM, et peut être l'ulcère phagédénique vu par WINKEL.

Le chancre endocervical: Déjà, FOURNIER admettait

cette forme comme possible et rationnellement acceptable, en citant en parallèle la démonstration du chancre simple intra-utérin acquis par auto-inoculation.

M. BELGODÈRE en a donné la description suivante :
« ... l'examen de la vulve est muet. Le col, à première vue, paraît intact. Mais un détail minime attire notre attention : un léger degré d'asymétrie du col, non constatée à un premier examen. Le cône cervical paraît plus volumineux dans sa moitié droite. La différence est à vrai dire très légère, mais un pressentiment confus nous porte à saisir un tampon monté et à entreprendre de débarrasser la cavité cervicale d'un mucus visqueux et récalcitrant l'obstruant. L'opération est assez laborieuse, mais nous découvrons une ulcération arrondie et enroulée, de la taille d'une pièce de cinquante centimes, occupant le quart inférieur droit de la cavité cervicale. Les bords en sont entaillés, ressortant nettement sur une muqueuse saine, et aucune confusion n'est possible avec une ulcération de métrite ; le fond est un peu creusé et recouvert d'un enduit grisâtre : bref, c'est indéniablement l'accident primitif du type ulcéreux ; son bord affleure l'orifice du col, sans toutefois l'atteindre, et le bouchon muqueux masque complètement cette lésion, la faisant échapper à un examen rapide et superficiel... »

Cette forme ne peut se révéler que par un œdème péri-orificiel du col, une hémorragie légère et persistante, rarement une nécrose de l'orifice externe du col.

Le travail le plus important sur le chancre endocervical

est celui de Dora FUSCH qui, recherchant l'accident primitif de 21 femmes atteintes de syphilis secondaire évolutive a montré que 16 cas de localisation primitive endocervicale avaient passé inaperçus. M. FERNET nous en a communiqué une observation typique (n° 55). Il s'agit d'une petite érosion intracervicale indurée, avec une adénopathie pelvienne satellite caractéristique.

LE CHANCRE SYPHILITIQUE DU COL METRITIQUE

Jusqu'à ce jour, tous les auteurs ont insisté particulièrement sur l'importance de l'érosion métritique préexistante comme porte d'entrée à l'infestation tréponémique. La cervicite jouerait un rôle de premier plan dans la localisation de l'accident primitif. On en a même déduit que la période d'incubation du chancre serait légèrement écourtée, par suppression de la barrière muqueuse.

Nous ne partageons pas cet avis. Dans soixante pour cent de nos observations en effet, le chancre est apparu sur un col sain, indemne de toute érosion. D'autre part, le chancre du col métritique s'est localisé dans la moitié des cas (22 fois sur 41), nettement en dehors de l'érosion ou de l'ulcération exocervicale, en règle péri-orificielle, dont il a toujours été séparé par une région de muqueuse normale plus ou moins étendue. L'accident primaire a alors les caractères cliniques décrits précédemment : il est le

plus souvent papuleux, recouvert d'une pseudo-membrane grisâtre, ou papulo-érosif, suivant le stade évolutif. La recherche du tréponème est négative dans l'érosion centrale, métritique, et positive dans les éléments à distance. Ces derniers cicatrisent rapidement sous l'action du traitement antisyphilitique tandis que l'érosion métritique ne subit aucune modification appréciable (voir par exemple les observations n^{os} 31 et 46).

Nous nous attacherons donc à l'étude du chancre apparaissant sur la cervicité érosive, éventualité réalisée dans 19 % des cas :

1^o 11 fois sur 19 (11 % du total des cas), confirmant les observations classiques de LÉVY-BING et BOURSAT, de PETGES et LECOULAUT, d'A. FOURNIER (de Marseille), l'accident primitif apparu en plein tissu métritique était nettement différent de l'érosion, que cette dernière soit ou non préalablement connue ou surveillée.

Voici quelques variétés cliniques :

Exocervicite érosive péri-orificielle étendue (pièce de deux francs au moins) : le chanvre est sur la lèvre antérieure (ou postérieure), bien individualisé, occupant la moitié de l'érosion ; son bord externe se confond avec le bord de l'érosion métritique (il la régularise cependant ou fait légèrement hernie en dehors) ; son bord interne n'atteint pas l'orifice (exemple : observations n^{os} 11 et 72 ; voir schéma correspondant).

Exocervicite érosive péri-orificielle étendue : chancre cir-

culaire bien net (pièce de un franc) de la lèvre antérieure; son bord externe se confond avec le bord de l'érosion métritique; son bord interne est tangent à l'orifice (exemple : observation n° 6; voir schéma correspondant).

Très légère exocervicite érosive péri-orificielle, peu étendue (1/2 cm. environ autour de l'orifice); chancre typique de la lèvre postérieure (ou antérieure) de la taille d'une pièce de deux francs, tangent à l'orifice, éversant la lèvre en lui donnant une impression de rigidité, formant avec la partie restante de l'érosion métritique, localisée sur la lèvre opposée, un chiffre huit vertical dont le centre est constitué par l'orifice cervical (exemple : observation n° 79, voir schéma correspondant).

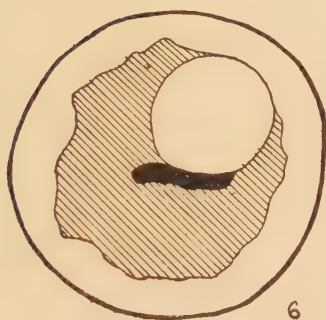
Quelle que soit la variété, certains caractères viendront aider au diagnostic de chancre syphilitique sur cervicite érosive :

— La tendance au saignotement d'une ulcération métritique jusque là atone en un point précis de sa surface, constamment le même aux différents examens.

— La constatation, sur une cervicite péri-orificielle, d'une saillie circonscrite arrondie ou ovalaire tranchant plus ou moins sur le fond déprimé ou excavé de l'ulcération.

— L'induration de cette saillie, nettement perceptible par l'exploration au stylet, contrastant avec la consistance de l'érosion périphérique. Nous n'avons pas retrouvé la coloration violacée du chancre, distincte des teintes voisines. Sa coloration est bien un élément de diagnostic, mais

CHANCRES ET EXOCERVICITES EROSIVES



Raretés :



Chancre péri-orificiel
concentrique.

Chancre de la face
postérieure.

elle est rougeâtre au début, virant en quelques jours au grisâtre. La pseudo-membrane adhérente est également présente ici.

2° Restent 8 observations sur 100, dans lesquelles le chancre était concentrique, péri-orificiel.

CARACTÈRES DISTINCTIFS

Chancre concentrique

bords réguliers, arrondis ou surélevés (chancre papuleux), ou déprimés (chancre ulcéreux) ;

l'orifice cervical n'est pas en général au centre ;

coloration grisâtre ;

fond jamais granuleux ;

induration ;

« rosée » du chancre fluide, adhérente, un peu opalescente (enlever au besoin la fausse membrane) ;

indolence ;

présence de tréponèmes à l'examen ultramicroscopique.

Cervicite péri-orificielle

bords irréguliers, festonnés, toujours sur le même plan que la muqueuse du col ;

circonférence centrée nettement sur l'orifice cervical ;

coloration rouge vif ;

fond granuleux, finement irrégulier ;

pas de modification dans la consistance du museau de tanche ;

secrétion muco-purulente ou purulente, visqueuse, épaisse, abondante, endocervicale;

sensations subjectives douloureuses spontanées au toucher;

lésions de voisinage (corps gros et douloureux, présence du gonocoque fréquente).

Ces caractères cliniques doivent permettre l'identification du chancre. Il ne faut pas attendre l'évolution, qui est désespérément chronique en cas de métrite cervicale, l'ulcération persistant des semaines sans modifications, comme si elle était produite et entretenue par le catarrhe utérin (plaques catarrhales de Hart et Barbourg), ne faire une *biopsie* que si cela est strictement nécessaire, au contraire répéter la *recherche du tréponème* à l'ultramicroscope.

Si la lésion métritique cervicale n'a pas été antérieurement constatée, il sera évidemment impossible de dire s'il s'agit d'une cervicite ensemencée par le tréponème, ou d'un accident primaire concentrique sur col sain. Cette réserve restreint encore le rôle joué par la cervicite dans la localisation du chancre.

LE CHANCRE SYPHILITIQUE DU COL DE L'UTERUS GRAVIDE

« La grossesse complique la vérole » (FOURNIER.)

La grossesse confère au chancre des caractères spéciaux :
— tendance hypertrophique;

— longue évolution avec peu de tendance à la guérison spontanée (M. LANTUÉJOUL en rapporte un cas qui dura cinq mois, la fin de la grossesse seule permettant l'évolution normale vers la cicatrisation).

Le chancre apparaissant dans les derniers mois de la grossesse est cause de dystocie par insuffisance de dilatation et d'effacement du col. La statistique de M. LANTUÉJOUL donne, sur 10 cas :

— un accouchement normal d'un enfant très petit (1 kg. 900), qui vécut 24 heures;

— deux accouchements spontanés, mais avec déchirures du col;

— dystocie dans les sept autres cas, avec interventions (quatre décès maternels, 1 enfant mort-né).

M. LANTUÉJOUL conseille donc, sur la constatation d'un chancre chez une parturiente :

— la césarienne abdominale si la femme vient avant le début du travail ou immédiatement après ce début;

— l'hystérectomie abdominale si le travail est très long;

— l'incision du col ou l'hystérectomie vaginale dans les cas limites.

A ces considérations pessimistes, VILLERS (Thèse Paris 1937) oppose trois observations inédites de chancres hypertrophiques pour lesquels la cicatrisation s'est faite normalement sous l'action du traitement, ne laissant aucune infiltration ni aucune déformation du col utérin.

L'INDURATION

La base du chancre est indurée. Malgré la consistance propre du col, l'induration a été nettement perçue par RICORD, OZENNE, ROLLET et DOUREUX, RILLE, chez des malades atteintes de prolapsus utérin, le museau de tanche apparaissant à la vulve, — et par de nombreux auteurs chez la femme enceinte, au col anormalement ramolli. « Induration toute spéciale, chondroïde, presque ligneuse, se détachant très distinctement de la dureté propre de l'organe » (RICORD.)

On peut apprécier cette induration par :

— *le toucher vaginal* (à pratiquer avec une grande prudence) :

Le chancre papuleux donne l'impression d'une pastille dure, enchâssée à la surface du col, reposant parfois sur un noyau induré, localisé, le dépassant en surface concentriquement.

En explorant un chancre ulcéreux on sent une dépression limitée par un bord ferme, rigide, indéformable, souvent épais, simulant une « induration en bague » (OZENNE).

— *l'exploration au stylet* :

La tige bute contre le chancre, glisse sur lui sans pénétrer, déplace même le col en masse lorsque l'on cherche à exercer une pression latérale sur

l'induration. Parfois « on a l'impression de voir le chancre s'enfoncer dans le col ».

Sur les autres points du col, la tige détermine à son contact une petite dépression conique.

— *la biopsie*: impression digitale de résistance lorsque la pince arrive en tissu pathologique.

On rapproche de l'induration certaines modifications du col, exceptionnellement constatées: soit œdème induré périphérique, soit œdème considérable, doublant le col de volume, tendant sa surface qui devient alors extrêmement lisse et nacrée, rendant difficile sa saisie entre les valves du spéculum, disparaissant avec le chancre sous l'action du traitement.

L'ADENOPATHIE

« Fait partie intégrante et obligée de l'infection syphilitique, la suivant comme l'ombre suit le corps »;

« Le bubon est le compagnon fidèle du chancre; il l'escorte invariablement, fatalement; il suit le chancre comme l'ombre suit le corps. Pas de chancre infectant sans bubon. Voilà ce qu'on peut donner hardiment comme une loi pathologique. »

(RICORD).

CHANCRE DU COL ET ADÉNOPATHIE INGUINALE:

L'adénopathie satellite du chancre syphilitique est si constante, quel que soit son siège (verge, anus, sein, doigt,

langue...), que son « absence » pour le chancre cervical était une véritable curiosité. Aussi de nombreux auteurs (FOURNIER, SCHWARTZ, THIBIERGE, BELAKHOFF, LOUSTE, LACASSAGNE, LÉVY-BING et BOURSAT, MINAIRE) ont-ils exceptionnellement signalé un ou des ganglions inguinaux comme satellites d'accidents primitifs du col utérin, en s'appuyant sur des arguments cliniques, anatomiques, microbiologiques et pathogéniques :

— arguments cliniques :

L'absence de toute lésion vulvaire et anale, l'absence de réaction des autres territoires lymphatiques, la possibilité de diffusion de voisinage du virus syphilitique (Schwartz).

— arguments anatomiques :

« Les lymphatiques du col et du corps utérin, ceux du vagin et ceux de la vulve sont très richement anastomosés, au niveau de leur réseau d'origine muqueuse... il existe donc des connexions entre le col utérin et les ganglions inguinaux, qui reçoivent de nombreux afférents de la muqueuse du col... De plus quelques lymphatiques de l'utérus suivraient la voie du ligament rond jusqu'aux ganglions inguinaux... »

VILLEMIN, HUARD et MONTAGNÉ ont injecté, dans quelques cas, par le canal ano-rectal, des troncs lymphatiques se rendant à la paroi vaginale et au col utérin. Or, les lymphatiques de la partie inférieure du canal ano-rectal sont partiellement tributaires des ganglions inguinaux.

MASCAGNI, POIRIER, CUNÉO, TESTUT sont fréquemment cités.

— arguments microbiologiques :

La présence du tréponème dans la sérosité prélevée par ponction du ganglion inguinal (observation-princeps n° 4808 du Service de Dermato-Syphiligraphie de l'Anti-Quaille).

— arguments pathogéniques enfin :

Lors d'une inflammation, il peut se développer très rapidement des lymphatiques néoformés susceptibles d'entraîner une dérivation dans les territoires voisins et en particulier occasionner des adénopathies inguinales (Blazy).

L'inconstance de la réaction ganglionnaire est expliquée par la complexité du trajet lymphatique, par le fait que les afférents du col ne vont pas aux ganglions inguinaux directement, mais par relais successifs, soit par l'intermédiaire des lymphatiques du corps, soit par l'intermédiaire des lymphatiques du vagin ou de la vulve. Et MINAIRE écrit dans sa Thèse, en 1932: « Une affection cervicale telle le chancre syphilitique peut normalement s'accompagner d'une adénopathie inguinale dont la présence est d'autant plus fréquente qu'il est donné d'observer la lésion à un stade plus tardif de son évolution... »

Critique:

Le bubon peut faire partie des adénopathies dépendant de la généralisation syphilitique, précoce. Les ganglions

inguinaux signalés revêtent peu souvent l'aspect syphiloïde classique qu'ils ont dans cette région: gros ganglion majeur entouré de plus petits, durs, mobiles, roulant sous le doigt. Au contraire, on a surtout décrit des ganglions uniques, isolés. L'absence de lésion vulvaire n'a pas de valeur absolue, car l'on sait l'existence de syphilis décapitée, de chancre microscopique (DANILA et STROE), de chancre hypodermique (GOUGEROT). La recherche du tréponème par ponction du ganglion inguinal est presque toujours négative et l'on aurait aimé constater également sa présence, dans l'observation de l'Antiquaille, dans cette « ulcération de petite dimension, sans aspect caractéristique, de la lèvre antérieure du col ». L'on connaît enfin l'existence de l'adénopathie pelvienne, constante.

Cette adénopathie inguinale est en réalité très rare, et due vraisemblablement à des anastomoses anormales des troncs lymphatiques. PUENTE, en 1931, sans nier son existence, concluait à une « interprétation très prudente ».

L'ADÉNOPATHIE ILÉO-PELVIENNE

Dans sa description des adénopathies en fonction du siège du chancre, FOURNIER cite le « ganglion pelvien » en ce qui concerne le col, mais ajoute entre parenthèses « théoriquement ». DE LUCA (1889), pense que les adénites pelviennes sont fréquentes dans les manifestations syphilitiques du col, et ISAAC écrit en 1891: « les ganglions voisins, perceptibles par l'anus, sont le siège d'une tuméfaction

indolore ». Pour de nombreux auteurs, le diagnostic semble impossible: « l'adénopathie, dans la règle, est pelvienne et, par suite, impossible à déceler » (JEANSELME et LEFÈVRE) — « l'adénopathie pelvienne (bifurcation des vaisseaux iliaques) est impossible à percevoir » (DUREL et MAYER, 1933).

C'est à M. Clément SIMON et à ses élèves que nous devons, depuis 1938, la découverte de l'adénopathie iléo-pelvienne satellite du chancre syphilitique du col utérin, et son étude complète. Nous citerons donc textuellement, dans ce qui suit, les travaux de M. Clément SIMON.

Etude anatomique:

D'après la description classique de ROUVIÈRE, basée sur les recherches de CUNÉO et MARCILLE, les lymphatiques du col utérin se détachent du bord latéral du col au nombre de 2 ou 3 de chaque côté, formant un plexus juxta-cervical, d'où partent les collecteurs par trois voies différentes:

1° Le pédicule antérieur ou pré-urétéral, composé de 2 ou 3 troncs, part dans le plan transversal, suit l'artère utérine, passe en avant de l'uretère et se termine dans les ganglions supérieur et moyen de la chaîne interne du groupe iliaque externe. Seul le ganglion moyen est perceptible au doigt explorateur. C'est d'ailleurs le plus constant et le plus volumineux. Il est allongé en fuseau, immédiatement sus-jacent au nerf obturateur et plaqué sur la sur-

face osseuse dite surface quadrilatère dont il n'est séparé que par le muscle obturateur et l'aponévrose pelvienne. C'est le ganglion *principal des lymphatiques de l'utérus*, de LEVEUF et GODARD. Grossièrement, ce ganglion est à 5 cm. de l'épine sciatique, en direction de la ligne innominée;

2° Le pédicule hypogastrique ou rétro-urétéral, composé de 1 à 3 vaisseaux, se porte en arrière, en dehors et en haut le long d'une veine utérine, passe en arrière de l'urètre et se termine dans un des ganglions hypogastriques qui siègent près de l'origine des branches de l'iliaque interne. Seuls, quelques ganglions situés le long de l'artère sacrée latérale peuvent être parfois plaqués par le toucher sur la face antérieure du sacrum;

3° Le pédicule postérieur, avec 2 à 4 collecteurs, se porte en arrière, décrivant une courbe concave en haut, suit la gaine fibreuse du rectum, montant ensuite en avant du sacrum, s'arrêtant soit dans les ganglions sacrés latéraux, soit dans ceux du promontoire. Ces ganglions hypertrophiés pourront être parfois décelés par le toucher vaginal.

Le toucher adéno-pelvien (M. Clément SIMON) :

1° *Exploration de la surface quadrilatère* :

Il faut introduire l'index et le médius droits pour explorer le côté droit et les gauches pour le côté gauche, dans le fond du cul-de-sac latéral, le plus loin possible, tour-

ner les pulpes en dehors et les ramener fermement vers soi, un peu fléchis, les promenant ainsi sur la surface quadrilatère de l'os iliaque comme si on voulait la ratisser. Les doigts, surtout le médus qui va plus loin, rencontrent une petite masse sphérique au contact de la paroi osseuse et l'entraînent vers la vulve, en la faisant glisser sur le plan résistant. En divisant par la pensée par une croix la surface quadrilatère, c'est dans le quadrant postéro-supérieur qu'on trouve le plus souvent le ganglion.

2° Exploration de la région para-rectale latérale:

Même technique, mais au lieu de tourner les pulpes en dehors, il faut les tourner, la malade étant couchée, en bas et légèrement en dehors. Les ganglions se trouvent au-dessus de l'épine sciatique, le long des bords du rectum.

3° Exploration de la face antérieure du sacrum:

Après avoir vidé le rectum, introduire les doigts dans le cul-de-sac vaginal postérieur en essayant d'atteindre la surface osseuse. C'est parfois possible dans les bassins rétrécis. Il y a possibilité d'utiliser ici le toucher rectal.

M. Clément SIMON conseille d'utiliser la main libre pour fixer le bassin.

Etude clinique:

Existant anatomiquement toujours, M. Clément SIMON a constaté l'adénopathie iléo-pelvienne cliniquement dans 81 % des cas. Il n'a pas trouvé la pléiade classique déce-

lée une fois par DE BLASIO, mais en général un seul ganglion, deux ganglions dans 1/5^e des cas, 3 dans 1/15^e des cas et, exceptionnellement de nombreux petits ganglions. Le volume est celui d'un noyau de cerise. la forme sphérique, rarement olivaire ou cylindrique (il s'agit alors de lymphite tronculaire précédant l'hypertrophie du ganglion). Cette adénopathie, très mobile, apparaît dans les mêmes délais que l'adénopathie inguinale par exemple: elle persiste longtemps, deux mois et plus. Elle est actuellement admise par tous les auteurs (AISSARD, VILLEY, DE GRÉGORIO et DE BLASIO. MICHEL et LUGAND, DELMAS, TOURAINE, MIDANA). De nombreux syphiligraphes ont pris l'habitude d'appeler le ganglion principal des lymphatiques de l'utérus décrit anatomiquement par LEVEUF et GODART, *ganglion de Clément Simon*.

Personnellement, nous l'avons constaté nettement dans la moitié des cas que nous avons observés. Ce faible pourcentage vient probablement de notre inexpérience. Parmi les observations que M. FERNET a bien voulu nous communiquer, le ganglion pelvien figure fréquemment dans les descriptions; dans un cas (observation n° 63), un cordon induré a été nettement décelé sur la paroi pelvienne droite.

SIGNES FONCTIONNELS ET GENERAUX

Comme la généralité des chancres, le chancre du col utérin est indolent. C'est un examen systématique au spé-

culum qui découvre son existence. Rarement la malade, une prostituée en général, le sentira par le toucher digital, qui pourra ramener un peu de sang.

Les signes généraux de généralisation syphilitique n'existent que s'il s'agit d'un chancre ancien, avec manifestations secondaires coexistantes; de même les troubles endocriniens, en particulier la dysmenorrhée et l'aménorrhée sur lesquelles insiste notre Maître, le Docteur L. PÉRIN.

EVOLUTION

Pour les classiques, le chancre syphilitique du col utérin constituait une lésion bénigne, fugace, instable, qu'il faut guetter pour découvrir, susceptible de changer profondément d'aspect en quelques jours: « Il faut, pour le constater, arriver juste à point et le surprendre dans sa courte période d'existence, sinon, ou bien il n'a déjà plus de caractères suffisants pour permettre de le reconnaître, ou bien même c'en est fait, il n'existe plus.... » (FOURNIER). THIBIERGE cite comme conditions spécialement favorables à cette guérison rapide la température locale égale et relativement élevée, l'humidité constante, l'absence de frottements et d'irritations. Et cette évolution a servi à quelques auteurs dans l'interprétation de certaines syphilis dites décapitées. Au contraire, FORSTER dit que « les ulcérations primitives, syphilitiques du col peuvent produire des désordres graves, détruire les tissus et même perforer le rectum et la vessie ».

La réalité est autre: *la durée du chancre cervical est la même que celle des autres chancres génitaux.* Mais il convient de distinguer:

— *l'évolution spontanée:*

Dans la grande majorité des cas, le chancre guérit en moyenne en *quatre semaines*, souvent plus, puisqu'on peut le trouver lors de l'apparition des accidents secondaires.

— Si le chancre est papuleux, la pseudo-membrane grisâtre disparaît peu à peu, découvrant une érosion rougeâtre. L'infiltration diminue ainsi que l'œdème de voisinage quand il existe. Le moindre contact, même avec un tampon de coton, détermine à ce stade un suintement sanguin. Au centre se dessine une étroite surface épidermée qui s'étend de façon centripète en 8 à 10 jours. Il persiste enfin au siège de la lésion une rougeur locale qui disparaît souvent sans laisser de stigmates.

— Si le chancre est ulcéreux, transformation et réparation surviennent plus lentement. Le fond de l'ulcération se déterge insensiblement, bourgeonne, se nivelle en se rapprochant de jour en jour de l'aspect du chancre érosif. Puis la cicatrisation se fait comme précédemment.

— Si le chancre est hypertrophique, son évolution est beaucoup plus longue, surtout s'il s'agit de chancre d'un utérus gravide. M. LANTUÉJOUL rapporte un cas qui dura cinq mois, la fin de la grossesse permettant seule l'évolution normale vers la cicatrisation, par fonte progressive des masses bourgeonnantes.

Si elle ne laisse aucune séquelle superficielle en général, la cicatrisation peut par contre « entraîner des lésions sous-

jaçentes de scléroses vasculaires et intersticielles, existant même avec une muqueuse de couverture absolument normale » (DUREL).

Rarement, elle s'accompagnerait de véritables complications :

— Pour OPPENHEIM, l'induration profonde du col pourrait entraîner des dysménorrhées, par sténose complète ou partielle de l'orifice cervical ;

— ULLEMANN a signalé la stérilité par rétrécissement du canal cervical ;

— Selon WHITEHOUSE et WILSON, une métrite inflammatoire aiguë due à l'œdème intersticiel et à l'obturation orificielle pourrait mener à la pyométrie.

Exceptionnellement, il n'y a pas guérison du chancre, mais remplacement sur place par des manifestations syphilitiques secondaires.

— *L'évolution sous l'action du traitement :*

D'après nos observation, sous l'action du traitement mixte fort arséno-bismuthique, la cicatrisation se fait en 15 jours en moyenne, c'est-à-dire après injection de 2 gr. 25 de Novar (0,15 à 0,75), et de 7 ampoules d'un sel de bismuth liposoluble (7 cgr. de bismuth métal par ampoule). Elle est rarement plus rapide. Il est classique de citer après les premières injections des réactions d'Erxheimer locales typiques.

M. P. DUREL a remarqué sur de nombreux cols ayant présenté des chancres typiques juxta-orificiels une déformation fréquente de l'orifice cervical. Cette déformation est surtout nette chez les multipares dont l'orifice est plus large et souvent linéaire, et au moment de la cicatrisation de l'accident primitif. Elle consiste en une inflexion de la



Chancre juxta-orificiel de la lèvre postérieure du col,
en voie de cicatrisation.
Inflexion de la fente cervicale.

fente cervicale dont la concavité épouse le bord tangent du chancre, dessinant ainsi un « oméga » très allongé et aplati. M. DUREL a bien voulu nous montrer quelques malades et nous confier une observation typique (observation n° 89). Ce « signe de l'inflexion de la fente cervicale » est dû au noyau induré et scléreux sous-jacent au chancre. Il persiste après la cicatrisation superficielle de ce dernier. Il permet d'aider au diagnostic rétrospectif.

Prenons par exemple une malade atteinte de syphilis secondaire chez laquelle on ne trouve pas de porte d'entrée : la constatation de l'adénopathie iléo-pelvienne associée à l'inflexion de la fente cervicale permettra d'affirmer presque à coup sûr le chancre syphilitique du col utérin, un ensemble de signes de probabilité valant un signe de certitude.

Citons pour terminer, sous toutes réserves, l'évolution d'un chancre cervical sous l'action du seul *traitement local*, par lavages et applications antiseptiques: « ... au bout de quelques jours, l'infiltration et les caractères objectifs du chancre disparurent... des Wassermann successifs furent négatifs... » (PUENTE).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les descriptions anatomo-pathologiques concernant le chancre du col ne comportent pas, dans l'ensemble, de caractères particuliers permettant de l'opposer aux autres chancres. Les seuls traits originaux ressortissent à la disposition anatomique du col, à savoir la présence du myomètre et le nombre particulièrement élevé des lymphatiques. Il faut cependant envisager la proximité de la muqueuse glandulaire endocervicale dont il serait intéressant d'étudier les réactions à l'infestation tréponémique; malheureusement celles-ci n'ont été étudiées que dans le cas de chancre exocervical où il est loisible de trouver sur la biopsie quelques paquets glandulaires situés à la périphérie du plasmone, tandis que l'étude histologique du chancre endocervical proprement dit n'a jamais été faite, du moins à notre connaissance.

Comme partout ailleurs, le chancre présente ici trois zones :

— Une zone superficielle qui correspond à l'érosion: la région centrale, assez fortement colorée, est constituée par une couche fibrino-leucocytaire riche en polynucléaires,

en hématies et en débris cellulaires ; tout autour on retrouve l'épithélium malpighien très altéré, réduit à une ou deux couches cellulaires aplaties, basophiles, à noyaux hypertrophiques.

— *Une zone moyenne*, le classique « *plasmone péri-vasculaire* », constitué par un infiltrat dense d'éléments inflammatoires parmi lesquels prédominent les plasmocytes. Ceux-ci sont de taille variable, souvent volumineux. Ils présentent parfois un double noyau. Mais ils ne sont pas les éléments exclusifs de cet infiltrat qui contient également des cellules lymphoïdes, quelques éosinophiles et de rares polynucléaires neutrophiles. PUENTE, dans son travail si important, décrit même des nodules giganto-épithélioïdes, mais qui, dit-il, n'affectent jamais un aspect tuberculoïde. Il convient de souligner le fait que si le chancre survient sur un col métritique, l'infiltrat, mêlé aux éléments inflammatoires et aux polynucléaires préexistants, perd toute spécificité. Seule, dans ce cas, l'importante vascularite pourrait retenir l'attention. Les capillaires en effet, aussi bien sanguins que lymphatiques, présentent des altérations pariétales dont la plus commune est la turgescence de l'endothélium, ainsi que les thromboses. Ce sont là d'ailleurs les lésions les plus hautement caractéristiques du chancre.

— *Une zone profonde* qui, ici, se confond en général avec les faisceaux les plus superficiels du myomètre et qui est caractérisée par la présence d'infiltrats électivement périvasculaires, d'œdème intersticiel et de dilatation des

capillaires lymphatiques. Il faut noter à ce sujet l'arbitraire de la distribution des lésions de capillarite: ici le capillaire est seulement distendu, là il est enrobé d'un infiltrat serré, ailleurs il est rempli de leucocytes, ailleurs encore il est thrombosé.

L'étude de la substance collagène montre, comme il est classique, une hyperplasie précoce de celle-ci, prédominant dans la zone profonde. PUENTE a fait des colorations à l'argent qui dessinent le réseau de cette substance précollagène qu'on nomme *réticuline* (gitterfasern des Allemands): comme on pouvait s'y attendre en égard à la dureté du chancre, le réseau de réticuline est très dense. Par contre, si on fait la même coloration sur une syphilide du col, on s'aperçoit que dans l'infiltrat il n'y a pas de réticuline et qu'on ne la retrouve qu'à la périphérie. Ce peut donc être un élément diagnostique entre les deux lésions.

Lorsque les coupes intéressent de l'*épithélium glandulaire endocervical*, celui-ci, et PUENTE y insiste, apparaît intact. Sans doute existe-t-il un infiltrat périglandulaire, sans doute celui-ci est-il même parfois assez dense, mais les glandes semblent demeurer indemnes. Dans un prélèvement de chancre hypertrophique nous avons été frappé par l'hyperplasie et l'hypersecretion des paquets glandulaires: s'agissait-il d'un phénomène réactionnel secondaire au chancre, ou bien y avait-il simplement une cervicite glaireuse préexistante?

PUENTE fait observer que l'argention, tandis qu'elle montre des tréponèmes dans l'infiltrat, dans la paroi des vaisseaux et même dans l'épithélium de Malpighi, n'en montre jamais ici dans la sécrétion des glandes ou dans les cellules glandulaires. L'épithélium sécrétant se défendrait-il mieux contre le tréponème que l'épithélium non sécrétant ?

Cette description d'ensemble du chancre cervical s'adapterait avec peu de modifications aux différentes variantes cliniques. Seule aurait un intérêt particulier la forme endocervicale dont malheureusement il ne nous a pas été donné de voir de prélèvement.

L'étude anatomo-pathologique du chancre du col n'est donc pas sans intérêt pratique : c'est ainsi que, plusieurs fois, un prélèvement fait sur une prétendue tumeur du col pour « en préciser la variété histologique » a permis de redresser le diagnostic en affirmant la réalité d'un chancre dont l'idée n'était même pas venue au médecin.

AFFECTIONS CONCOMITTANTES ET FORMES ASSOCIEES

Chancres du col et herpès vulvaire.

« Je dois dire que l'herpès vulvaire m'a souvent conduit à rechercher et m'a fait découvrir des chancres du col » (FOURNIER).

Cette association est très fréquente. L'herpès pourrait être inoculé avec la syphilis ou ces deux affections être sous la dépendance de phénomènes de biotropisme.

Chancres syphilitiques et leucoplasie du col :

Nous rapportons ici une observation dont nous n'avons pu trouver d'équivalent malgré de nombreuses recherches bibliographiques: *Deux chancres syphilitiques du col utérin sur leucoplasie ancienne, idiopathique.* (Observation personnelle — malade du service du Docteur L. PÉRIN).

Cette malade, âgée de 33 ans 1/2, fille en carte, entre à Saint-Lazare le 17 octobre 1941, avec le diagnostic suivant porté par le Médecin de Service du Dispensaire de Salubrité : « Deux ulcérations suspectes de la lèvre postérieure du col ». Jeanne B... est bien connue à la « Tour

Pointue », y étant surveillée régulièrement depuis l'âge de 19 ans, peu après sa défloration. Elle n'a pas d'antécédents vénériens, mais début 1938, le Docteur GARNIER décèle des plaques blanchâtres nacrées sur le col utérin ; la biopsie permet d'affirmer le leucoplasie et une communication en est faite à la Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie en avril 1938. Cette leucoplasie semble douteuse à certains puisqu'elle motive un premier séjour à la Maison de Saint-Lazare le 19 mars 1941 : saine bactériologiquement et sérologiquement, la leucoplasie étant vérifiée par une seconde biopsie, la malade sort le 27 mars avec le diagnostic de « leucoplasie du col utérin » porté sur son carnet sanitaire, afin de lui faciliter ses visites hebdomadaires. Aussi est-ce pour des ulcérations d'apparition récente que la malade est hospitalisée pour la seconde fois, le 17 octobre 1941, puisqu'elle a été examinée sept jours auparavant par le même médecin, qui n'a rien constaté d'anormal.

Le col utérin de cette malade est régulier, non érodé, arrondi, de volume moyen. Son orifice, fermé et linéaire, légèrement sinueux, est oblique en arrière et à droite. Autour de cet orifice, tranchant nettement sur le rose pâle et mat de la muqueuse exocervicale, saine, s'étalent des éléments de teinte opaline, lactescente, blanche nacrée par endroits, légèrement surelevés et finement ponctués, prenant même sur la lèvre postérieure un aspect chagriné, fendillé, presque mûriforme. Leurs contours sont irréguliers,

mais dessinent dans l'ensemble un cercle centré sur l'orifice cervical, de la taille d'une pièce de deux francs. Ils entourent par places de très petits îlots non encore enva-



Deux chancres syphilitiques sur leucoplasie idiopathique du col utérin (Observation personnelle).

Malade du Service du Docteur C. PERIN — Photo Maire.

his. Ils résistent au frottement et aux tentatives de grattage, et semblent se prolonger dans l'endocol. En plein tissu blanchâtre, sur la lèvre postérieure du col, se distinguent deux érosions :

— l'une, arrondie de 7 m/m sur 8 m/m, est juxta-orificielle;

— l'autre, ovulaire de 14 m/m sur 7 environ, à grand axe antéro-postérieur, dont l'extrémité antérieure atteint à gauche l'orifice cervical, régulière, sans bords nets, de couleur rougeâtre, chair musculaire, a un aspect dit « en cocarde ». Son centre est légèrement déprimé, ne suppurant pas, mais laissant exsuder quelques gouttes d'une sérosité limpide. Elle donne au territoire qu'elle occupe une impression visuelle de rigidité, confirmée par le toucher, qui ne permet pas de déceler de ganglion latéro-vaginal iliaque, ou pelvien satellite, ni de cordon de lymphite.

On complète l'examen génital : il n'y a pas de sécrétions endocervicales; l'urèthre est sec, les orifices des glandes de Skène et de Bartholin invisibles. La muqueuse vulvaire est nette. Il n'y a pas de kraurosis. Le 18 octobre 1941, deux examens directs à l'ultramicroscope de la sérosité prélevée sur les deux érosions permettent, en montrant 2 à 3 tréponèmes par champ, de porter le diagnostic de *chancres syphilitiques sur leucoplasie du col utérin décelée près de 4 ans auparavant et confirmée par deux biopsies*.

Histologie de M. GARNIER: « hyperplasie inflammatoire du corps de Malpighi avec parakératose de surface. Par places, existence de cellules chargées d'hémato-hyaline. Dans le derme, on note un infiltrat modéré à cellules rondes, avec une congestion assez forte, mais surtout un

œdème intersticiel assez marqué. Les papilles dermiques ne sont pas élargies. Il est intéressant de noter la grande abondance de mitoses au niveau de l'épithélium malpighien... » (1938).

Bien que FOURNIER, LANDOUZY, GAUCHER, MILIAN, invoquent la syphilis à l'origine de toute leucoplasie :

«... la syphilis sous toutes formes, héréditaire ou acquise est constante chez tous les leuconlasiques. » (GAUCHER).

« On peut dire que la constatation d'une leuconlasie avérée chez un individu a une valeur beaucoup plus grande au point de vue diagnostic que la réaction de Wassermann, ordinairement négative dans cette sorte de syphilis. » (MILIAN.),

Notre malade nie toute syphilis acquise, et si 13 à 14 ans d'exercice de la prostitution permettent peut-être de s'en étonner, ils permettent aussi de constater :

— Que dès l'âge de 19 ans elle a été examinée *régulièrement* au Dispensaire de Salubrité (fiche n° 218777 du 4^e bureau), au début comme insoumise (3 arrestations en 2 mois), puis aux visiter obligatoires des filles en carte ; tous ses examens ont été négatifs en ce qui concerne la syphilis.

— Que 41 séro-réactions de BORDET-WASSERMANN ont été pratiquées sur son sang, et qu'elles ont toutes été négatives (fiche de sérologie du D^r RABREAU).

L'examen général est d'ailleurs négatif :

— Les réflexes tendineux rotuliens et achilliens, stylo-radiaux et olécraniens sont normaux.

— Les pupilles réagissent à la distance et à la lumière.

— Le cœur et l'aorte sont normaux, la T. A. est à 13-9 (VAQUEZ).

— Poumons, tube digestif, appareil urinaire sont normaux.

— La peau est indemne, ainsi que la bouche, la langue, les dents, les ongles.

Il n'existe pas d'antécédents pathologiques connus. Elle n'a pas d'enfant, ni fait de fausse-couche.

Signalons seulement un léger ptosis bilatéral d'apparition impossible à préciser, probablement congénital.

A part ce ptosis, *notre malade ne présente pas de signes d'hérédosyphilis* (trois cas de leucoplasie attribuée à l'hérédosyphilis ont été publiés par FUKAI, LACAPÈRE, MILLIAN).

L'enquête familiale révèle que son père est décédé à 49 ans de congestion cérébrale, mais sa mère a actuellement 47 ans et est en bonne santé. (BW et examen général négatifs). Elle a deux frères de 35 et 37 ans bien portants et ayant des enfants (Wassermann négatif chez le plus jeune des deux frères).

Evolution :

— Traitement mixte-fort arseno-bismuthique;

— Cicatrisation des chancres en 10 jours;

— Electrocoagulation massive de la leucoplasie le 30^e jour (D^r LECLERCQ).

— Col normal sept semaines après.

En résumé:

— Leucoplasie du col utérin dont il est impossible d'affirmer l'origine syphilitique, acquise ou héréditaire (ce qui a un intérêt doctrinal) ;

— Chancres syphilitiques sur cette leucoplasie (ce qui est surtout une curiosité).

Signalons encore la possibilité de :

— *Chancres du col et blennorrhagie* (fréquents) ;

— *Chancres associés à des végétations vénériennes du col* ;

— *Chancres du col polypeux* ;

— *Chancres du col associés à d'autres accidents primitifs de localisation variée.*

DIAGNOSTIC POSITIF

Ce diagnostic se fait :

- Sur les caractères cliniques du chancre;
- Sur l'existence d'une adénopathie pelvienne satellite;
- Sur la mise en évidence du tréponème dans la lésion :

L'examen ultra-microscopique est la méthode la plus rapide : on prélève après nettoyage très doux avec un tampon de ouate monté et scarification légère de la région excentrique, la « rosée » du chancre à l'aide d'une pipette fine. La goutte de sécrétion, déposée sur une lame, est un peu trouble. Elle a un aspect fluide. Elle est adhérente et un peu opalescente, ces caractères la distinguant de la sécrétion muqueuse et muco-purulente de l'orifice utérin, qui s'étend difficilement. On recouvre d'une lamelle.

Le tréponème pâle, micro-organisme spiralé, apparaît en clair sur fond noir. Il est long de $12\ \mu$ en moyenne, sur $1/4$ à $1/2\ \mu$ de large, dessine 6 à 14 tours de spire, et est muni d'un filament terminal (SCHAUDINN, LEVADITI). Il

est mobile grâce à des mouvements de translation, de reptation, de vrille.

Il est parfois nécessaire de faire plusieurs préparations, au besoin à quelques jours d'intervalle, pour le déceler. Il ne faut pas le confondre avec le spirochète refringens, hôte banal et fréquent des lésions génitales ulcéreuses et superficielles (tours de spire lâches, irréguliers, présence d'une membrane ondulante), avec le spirochète plicativis (gros, épais, avec membrane ondulante). Des formations spirochètiformes ont été signalées par IMPARATO.

Si on ne dispose pas d'ultramicroscope, on utilise la *technique de Fontana-Tribondeau* (imprégnation d'argent), celle de Burri à l'encre de Chine, ou le *procédé de coloration de Giemsa*.

Nous ne mentionnerons qu'à titre historique, ou comme moyens exceptionnels, les procédés de diagnostic suivants :

- La ponction d'un ganglion inguinal ;
- La *biopsie*, importante cependant pour le diagnostic entre chancre hypertrophique et épithélioma ;
- Le traitement d'épreuve.

Pratiquement, il faudra ajouter aux signes de grande probabilité donnés par la clinique le seul signe de certitude : la présence du tréponème à l'ultramicroscope, sans attendre autant que possible les résultats des *séro-réactions*, qui deviennent positives dans des délais communs à ceux des autres chancres génitaux.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

1. — *La métrite cervicale* (exocervicites érosive, ulcéreuse, ulcéro-végétante, presque toujours d'origine gonococcique). (Voir pages 36 à 41).

Ce diagnostic est basé sur les caractères cliniques, sur l'évolution, sur les lésions histologiques, sur l'examen microscopique, sur les lésions concomittantes de voisinage ou à distance, sur les séro-réactions. L'adénopathie pelvienne satellite du chancre a une grosse valeur diagnostique, mais elle peut exceptionnellement exister en cas de cervicite gonococcique. Bien que DE GREGORIO et DE BLASIO ne l'aient jamais trouvée dans leur statistique sur les cervicites gonococciques, M. Clément SIMON, sur des centaines d'examens, l'a décélée trois fois.

Signalons à titre de curiosité un diagnostic exceptionnel : celui qui pourrait se poser entre chancres nains multiples et la cervicite érosive ponctuée.

2. — *Les érosions et ulcérations traumatiques* : Posent souvent des problèmes délicats. S'il est facile d'éliminer rapidement le classique coup d'ongle, il n'en est pas de même pour les érosions arrondies, à contours réguliers

parfois. On y pensera devant l'absence d'induration et d'adénopathie pelvienne, l'évolution rapide vers la cicatrisation.

3. — *Les brûlures*: PUENTE le premier a insisté sur ces « lésions circulaires, ovales ou irrégulières, à contours en arc de cercle, constituées par une perte de substance de 1/2 à 1 m/m de profondeur, recouvertes par un exsudat sec, jaune, adhérent ». A peine un halo rouge périphérique signe-t-il la réaction inflammatoire. Mais causées par une canule en verre brûlante, une injection trop chaude ou un malencontreux tampon iodé, elles s'accompagnent presque toujours de brûlures du vagin et évoluent spontanément vers la réparation complète en quatre ou six jours.

4. — *L'herpès*: Multiples petits éléments vésiculeux à sérosité rapidement louche, qui se rompent en découvrant des érosions minimes, à contours micropolycycliques, entourées d'un mince liseré rouge inflammatoire. Réunies en groupes confluents, elles peuvent former une érosion plus étendue, mais jamais indurée. On cherchera à distance, sur le col ou sur le vagin, une vésiculette isolée. On ne se hâtera pas surtout de faire ce diagnostic : mieux vaut revoir la malade plusieurs jours consécutifs (l'inoculation à la cornée du lapin n'a pas d'intérêt pratique).

5. — *Les aphtes*: Nous avons fréquemment l'occasion de les observer, au cours des consultations de gynécologie : ulcérations de la grandeur d'une lentille recouvertes d'une

pellicule très adhérente allant du blanc-jaunâtre au jaune citron, jamais infiltrées, entourées d'un mince anneau congestif écarlate, elles s'individualisent en général facilement.

6. — *Les lésions ulcéro-membraneuses d'origine fusospirillaire*: constituent un diagnostic d'exception. Elles ont été surtout décrites par PUENTE: « ... dans un cas, nous avons vu une lésion ulcéreuse profonde du col de l'utérus et du cul-de-sac vaginal, recouverte par un exsudat pseudo-membraneux jaune grisâtre, avec zones de sphacèle. Le processus déterminait tout autour une infiltration oedémateuse, rouge violacée; dans l'impossibilité d'écarter les valves du spéculum à cause de la douleur produite, on distinguait mal. La pseudo-membrane était adhérente, et si on essayait de l'enlever de force, on provoquait une hémorragie abondante. On put établir, par l'anamnèse, que l'infection était consécutive à un contact direct. Cette lésion génitale co-existait avec une autre lésion identique de la gorge : dans les deux, on rencontra l'association fusospirillaire. L'évolution parallèle des deux processus, leur réaction favorable sous l'influence du traitement par l'arsénobenzène, différents Wassermann négatifs, l'absence de tout symptôme de syphilis, nous convinrent de la véracité du diagnostic... »

Des lésions identiques évoluant parallèlement auraient été constatées chez l'homme par PINARD, LALENT et GIRAUD (1923), STOOKEY dit avoir rencontré cette association comme complication de lésions syphilitiques pri-

maires : la lésion garderait alors, malgré le traitement, un caractère extensif.

7. — *La tuberculose cervicale*: Ce diagnostic est exceptionnel :

— *la forme ulcéreuse* de la tuberculose cervicale est à distinguer du chancre ulcéreux par ses bords minces, violacés, déchiquetés, par le fond irrégulier, anfractueux de l'ulcération, recouvert d'un dépôt caséeux, par la mollesse du tissu sous-jacent, par l'existence de tubercules à la périphérie;

— *la forme végétante ou papillomateuse*: où le col est couvert de végétations fongueuses, molles, friables, rosées, saignantes, douloureuses, ne simule que rarement le chancre hypertrophique.

De toute manière, l'examen histologique, l'inoculation au cobaye d'une parcelle de la lésion suspecte aideront un diagnostic hésitant.

8. — *Le cancer du col*: Il existe au moins dans la littérature une dizaine de cas de chancres du col pris pour des épithéliomas et souvent opérés comme tels. Le diagnostic chancre hypertrophique--épithélioma du col est donc très important. VILLERS (1937) y a consacré sa thèse, sous la direction de M. PAYENNEVILLE.

Certes, en cas d'épithélioma évoluant depuis longtemps, le diagnostic est possible par l'immobilisation de l'utérus, l'infiltration du paramètre et l'atteinte de l'état général.

Mais au début la clinique est insuffisante: l'âge, les hémorragies plus fréquentes, les eaux rousseâtres, l'infiltration accentuée, les douleurs, — tous signes plaçant en faveur du cancer, — sont fort inconstants. Il faut donc d'urgence faire une *biopsie*, multiplier les examens microscopiques et sérologiques, ne pas faire un traitement d'épreuve qui risquerait de faire perdre un temps précieux à la malade en différant le traitement de l'épithélioma. Dans ce cas « le cancer passe avant la syphilis ».

PUENTE attire l'attention sur un détail: la difficulté de la différenciation entre le tréponème pâle et le spirochète minutum qui peut parfois s'abriter dans les zones de nécrobiose cancéreuse. Ajoutons à cela la particulière fréquence du cancer chez les syphilitiques (M. TOURAINE).

9. — *Le chancre mou*: Son siège cervical est exceptionnel : nous n'avons pu en trouver un seul cas (depuis 1930) dans les milliers d'observations de la Maison de Saint-Lazare. C'est une ulcération à bords irréguliers taillés à pic, légèrement décollés, à fond anfractueux et purulent. Il est entouré d'une zone inflammatoire, et serait moins douloureux sur le col que partout ailleurs. Il est rarement unique : inoculation par contact, sur le vagin surtout.

On pourra en faire le diagnostic par la recherche directe du bacille de Ducrey, la biopsie, l'intradermoréaction au vaccin antichancrelleux, et surtout par une prudente auto-inoculation, en ayant constamment à l'esprit la possibilité d'un chancre mixte.

La variété d' « *ulcus molle elevatum* » décrite par RILLE ne différerait guère, en général, de la description sommaire faite ci-dessus.

10. — *La syphilis cervicale secundo-tertiaire:*

— Les syphilides érosives (souvent nombreuses, sans induration);

— La gomme ulcérée;

— La leucoplasie ulcérée,
pourront parfois simuler le chancre.

On recherchera les signes de généralisation syphilitique, on fera un bilan viscéral.

11. — *Autres diagnostics:*

— Mycoses;

— Lésions à levures...

QUELQUES OBSERVATIONS RESUMEES

OBSERVATION N° I (Personnelle) (Malade du Service du Docteur L. PÉRIN)

Le C..., Jeanne, 17 ans 1/2, insoumise.

Défloration à 16 ans. Pas de prostitution reconnue.

Entre à Saint-Lazare le 13-11-41 avec le diagnostic suivant : gale, cervicite. En réalité, il s'agit d'une large érosion arrondie, indurée, grisâtre, à contours réguliers, localisée uniquement sur la lèvre postérieure du col qu'elle occupe presque entièrement, et dont le bord antérieur épouse la concavité de l'orifice. L'ultra est positif.

Un ganglion pelvien, dur et mobile, est perceptible dans le cul-de-sac vaginal gauche.

De plus, présence de syphilides érosives sur les petites lèvres, légèrement œdématiées.

Sérologie fortement positive.

Gonocoques dans l'écoulement glaireux du col.

La cicatrisation du chancre se fait en 20 jours (Novar 0,15 à 0,75 et 7 injections de Bismuth).

OBSERVATION N° 4 (personnelle) (Malade du service du Docteur L. PÉRIN)

B..., 37 ans, dactylographe.

Défloration à 23 ans. Nie toute prostitution.

Entre dans le service le 26 octobre 1941 pour gonococcie:

Urétrite.

Pertes purulentes.

Mais sur le col: érosion juxta-orificielle de la lèvre antérieure, éversant cette lèvre, de 1 cm 1/2 de diamètre.

Induration très nette. Pas d'adénopathie pelvienne.

Examen général négatif.

Ultra : présence de tréponèmes.

Sérologie fortement positive.

Cicatrisation de l'érosion cervicale en 14 jours.

OBSERVATION N° 6 (personnelle)

(Malade du Service du Docteur L. PÉRIN)

M..., Marcelle, 27 ans, insoumise.

Défloration à 17 ans 1/2. Pas de prostitution reconnue.

Admise le 16-11-41.

Abondantes pertes purulentes (présence de gonocoques).

Large exocervicite érosive péri-orificielle, occupant presque la totalité du museau de tanche; chancre cliniquement décelable en plein tissu métritique, occupant la moitié gauche de la lèvre antérieure. Son bord supérieur ou externe, par rapport à l'orifice, se confond avec le bord de la cervicite, qu'il régularise, tandis que son bord interne est tangent à cet orifice.

Ultra positif; B W dissocié.

Régularisation de la surface de la cervicite gonococcique par cicatrisation du chancre en 13 jours (0,30 à 0,90 d'Arsénomyl et 4 Bivatol).

OBSERVATION N° 12 (personnelle)
(Malade du Service du Docteur L. PÉRIN)

P..., Marcelle, 37 ans, fille en carte depuis 9 ans.

Est admise le 31 décembre 1941 : exulcération arrondie, isolée de l'orifice, de la lèvre postérieure d'un col sain, à peine parcouru dans sa partie juxta-orificielle par de fins vaisseaux superficiels.

Taille : 7 à 8 mm de diamètre. Elle est d'apparition récente (malade soumise à des visites hebdomadaires obligatoires par le même médecin : a été reconnue saine le 26 novembre 1941).

Ultra positif; B W dissocié.

Appareil génital par ailleurs normal. Pas de blennorragie.

Pas de ganglion de Clément Simon décelable cliniquement.

Cicatrisation en 25 jours (traitement ralenti par une appendicite aiguë opérée).

OBSERVATION N° 13 (personnelle)
(Malade du Service du Docteur L. PÉRIN)

J... Denise, 24 ans, couturière.

Admise le 18-9-1940 pour gale.

Examen général négatif; vulve et annexes normales.

Exocol d'apparence sain dans sa totalité, mais à orifice béant, large, anormalement circulaire. Après avoir enlevé les mucosités endocervicales, on trouve une minime érosion péri-orificielle, de quelques millimètres seulement, se prolongeant dans l'endocol, qui est régulièrement érodé et déformé en entonnoir à orifice externe. La limite endocervicale de cette érosion n'est pas visible. L'exploration au stylet montre l'induration et détermine un léger suintement séro-sanguin.

Adénopathie pelvienne.

Présence de tréponèmes typiques à l'examen ultramicroscopique.

B W négatif.

Cicatrisation après 0,15 à 0,75 de Novar et 4 Bivato1.

Des examens sérologiques en série n'ont pas été pratiqués.

OBSERVATION N° 15 (personnelle)

(Malade du Service du Docteur L. PÉRIN)

C..., Emma, 31 ans 1/2, insoumise.

Défloration à 16 ans. Nie toute prostitution.

Est admise le 18 octobre 1941, pour :

Chancre de l'urèthre : ultra positif.

Chancre du col: large érosion en haltère de la moitié droite du col: ultra positif.

Adénopathie pelvienne perceptible à bout de doigt. à droite.

Cicatrisation en 15 jours (Novar 0,15 à 0,75 et 5 Bivato1).

OBSERVATION N° 26 (personnelle)

(Malade du Service du Docteur L. PÉRIN)

R... Marie, 33 ans. Se prostitue depuis dix ans. Admise le 19-3-42.

Examen général négatif; appareil génital normal, sauf sur la lèvre antérieure du col deux érosions arrondies, à fond rosé, distinctes de l'orifice, tranchant à peine sur la muqueuse exocervicale saine par ailleurs. Elles seraient apparues 3 jours auparavant. Il n'y a pas d'adénopathie iléo-pelvienne perceptible. Ultra positif. Sérologie négative le 18-3-42.

Le 4-4-42, après 0,15 à 0,60 de Novar et 5 Bivatol:
H3 K++.

Le 16-4-42, après 0,15 à 0,90×2 de Novar et 8 Bivatol:
H5 K+.

Toutes réactions sont négatives dès le 21-4-42.

Les accidents primitifs se sont cicatrisés en dix jours.

OBSERVATION N° 28 (J. BASTARD)

(Malade du Service du Docteur P. FERNET)

M... Thérèse, entre librement à Saint-Lazare le 30-12-41 pour
« chancre du col; ultra positif sur la lèvre antérieure ».

A l'examen, le chancre ressemble à une exocervicite érosive péri-orificielle. La sérologie est négative. Un nouvel examen ultramicroscopique montre des tréponèmes sur la lèvre antérieure.

Cicatrisation totale de la lésion de la lèvre antérieure du col
seule, en huit jours (0 gr. 90 de Novar au total et 2 injections de
bismuth oléosoluble.

OBSERVATION N° 30 (personnelle)

(Malade examinée au Dispensaire TOUSSAINT-BARTHÉLEMY)

F... Yvette, 25 ans, sans profession.

Examinée au Dispensaire le 23-8-39. Vulve normale. Pas de
ganglions inguinaux. Pas de pertes.

Col : deux érosions distinctes de l'orifice, sur muqueuse saine.

— L'une, nettement sur la lèvre antérieure, de 1 cm de dia-
mètre, arrondie, avec, au centre, une ulcération concentrique,

comme taillée à l'emporte-pièce, de 7 mm environ, secrétant une sérosité grisâtre.

— La seconde, près de la commissure gauche, arrondie, de la taille d'une lentille, de coloration blanchâtre.

De nombreux tréponèmes sont facilement mis en évidence sur les deux érosions par l'examen ultramicroscopique.

Sérologie : H8-H0.

Cicatrisation en dix-sept jours sous l'action du Novar, seul (0,30 à 0,90).

OBSERVATION N° 31 (personnelle)

(Malade du Service du Docteur L. PÉRIN)

P. Léontine, 20 ans, insoumise.

Défloration à 18 ans. Se prostitue depuis six mois.

Admise le 20 janvier 1942 pour gale et gonococcie.

Col: exocervicite érosive péri-orificielle; taille: pièce de 2 fr., à contours déchiquetés. Endocervicite purulente. Sur la lèvre postérieure, nettement en dehors de l'érosion métritique, deux exulcérations arrondies de 6 mm de diamètre, bien distinctes, à fond grisâtre.

Ultra sur érosion péri-orificielle: négatif.

Ultra sur éléments de la lèvre postérieure: présence de tréponèmes.

Sérologie négative.

Adénopathie pelvienne nettement perceptible.

Cicatrisation des chancres en 19 jours (7 Bivitol, Novar 0,15 à 0,45). Métrite cervicale non améliorée.

OBSERVATION N° 33 (personnelle)

(Malade du service du Docteur L. PÉRIN)

M... Simone, 19 ans, insoumise.

Défloration à 16 ans. Se prostitue depuis un an.

Entre 11 juillet 1941 pour :

Chancre vulvaire; ultra-positif.

Erosion cervicale d'allure métritique, mais à bords réguliers, indurée, saignant facilement: ultra positif. — B W: positif.

Cicatrisation en 18 jours des deux accidents.

OBSERVATION N° 35 (personnelle)

(Malade du service du Docteur L. PÉRIN)

H..., Odette, 21 ans, insoumise.

Déflorée à 19 ans; pas de prostitution reconnue.

Est admise le 24 octobre 1940: lésion papulo-érosive, à centre légèrement papillomateux et saignant au moindre contact, de la face postérieure du col, au niveau de l'insertion vaginale. Taille: pièce de un franc; induration; adénopathie pelvienne (un ganglion). Ultra positif, B W dissocié.

Dans l'ensemble: petit col « virginal » non érodé, à orifice punctiforme. Pas de gonococcie. Appareil génital par ailleurs normal. Cicatrisation complète en quinze jours (Novar 0,15, 0,30, 0,45, 0,60, Arsénomyl 0,50, 5 Bivatol); BW négatif le 6 novembre 1940.

OBSERVATION N° 43 (personnelle)

(Malade examinée au Dispensaire TOUSSAINT-BARTHÉLEMY)

D... Louise, 24 ans, sans profession.

A eu des rapports avec un malade traité pour syphilis secondaire.

Examen général négatif; vulve, anus indemnes; pas de ganglions inguinaux. Gros col de multipare, à orifice élargi transversalement. Deux érosions de la taille d'une pièce de cinquante centimes, tangentes à cet orifice, l'une sur la lèvre antérieure, l'autre sur la lèvre postérieure, forment un huit de chiffre inégalement dessiné, à grand axe vertical.

Ultra : présence de tréponèmes sur chaque érosion.

Sérologie négative.

Cicatrisation non contrôlée (traitement mixte fort).

OBSERVATION N° 51 (J. BASTARD)

(Malade du Service du Docteur P. FERNET)

P..., Fernande, 32 ans, fille en carte.

Entre à Saint-Lazare le 27-4-42 pour une « érosion suspecte du col utérin. »

A l'examen au spéculum on découvre une érosion circulaire, siégeant à la commissure droite du col. Cette exulcération est indurée, bordée d'un liseré purpurique et recouverte d'un enduit diphtéroïde. Il existe par ailleurs une exocervicite distincte de cette érosion.

Le toucher vaginal montre l'existence d'un ganglion pelvien droit.

L'examen général ne révèle aucune éruption (sauf une gale traitée). Il y a de petits ganglions inguinaux bilatéraux.

Examen ultramicroscopique: présence de tréponèmes.

Sérologie positive.

Cicatrisation sous l'action du traitement suivant: Novar 0,30 à 0,75×2, et 8 Muthanol.

OBSERVATION N° 58 (personnelle)

(Malade du Service du Docteur L. PÉRIN)

G..., Ginette, 30 ans, insoumise.

Présente sur le col utérin une érosion péri-orificielle de la taille d'une pièce de deux francs qui pourrait en imposer pour une cervicite gonococcique si ce n'étaient l'extrême régularité des bords, dessinant un cercle parfait, le fond lisse, non granuleux, la coloration blanchâtre surtout au centre, la nette induration à l'examen au stilet.

Le toucher vaginal ne montre pas d'adénopathie pelvienne.

La sérologie est négative. Cependant, après 0,15 à 0,90 de Novar et 4 Bivotol, apparition d'une sérologie dissociée (H2 K+) qui ne redevient négative qu'après la troisième injection de 0,90 de Novar.

Le col était normal au dix-huitième jour du traitement.

OBSERVATION N° 63 (J. BASTARD)

(Malade du Service du Docteur P. FERNET)

T... Louise, insoumise.

Entre à Saint-Lazare le 4-10-41, pour une érosion arrondie,

avec enduit pseudo-membraneux, siégeant sur le col utérin à distance et à droite de l'orifice. Cette érosion, de la taille d'une pièce de cinquante centimes, est indurée, et l'on sent par le toucher vaginal un cordon également dur, retrouvé à divers examens, sur la paroi pelvienne latérale (lymphite probable).

L'examen ultramicroscopique révèle la présence de tréponèmes.

La sérologie est positive.

Par ailleurs, quelques pertes séro-purulentes.

La malade reçoit 15 Bivato!, 0,15 à 0,75 $\times$ 6 de Novar et sort le 24-11-41 avec une sérologie négative, indemne de tout accident.

OBSERVATION N° 72 (personnelle)
(Malade du service du Docteur L. PÉRIN)

Co... Jeanne, 36 ans, insoumise.

Admise le 12-11-40 pour métrite.

Certes, il existe une érosion métritique exocervicale péri-orificielle très étendue; mais sur la partie droite de la lèvre postérieure du col on distingue nettement, moitié sur muqueuse saine, moitié sur tissu métritique, une saillie papuleuse grisâtre, formée d'une fausse membrane épaisse. Ganglion pelvien droit. Ultra positif. Sérologie fortement positive.

Cicatrisation du chancre en 18 jours (2^e gr. 25 de Novar et 4 Bivato!). Persistance de la cervicite.

OBSERVATION N° 79 (personnelle)
(Malade du service du Docteur L. PÉRIN)

T... Emilienne, 28 ans, insoumise.

Défloration à 18 ans. Se prostituée depuis 6 mois.

Entre le 11-11-40:

— Roséole.

— Très légère exocervicite péri-orificielle, peu étendue (1/2 centimètre environ autour de l'orifice). Chancre papuleux typique, surélevé, induré, avec fausse membrane, de la lèvre postérieure, de la taille d'une pièce de deux francs, tangent à l'orifice, éversant la lèvre. Il forme avec la partie restante de l'érosion métritique localisée sur la lèvre opposée un chiffre 8 vertical, dont le centre est constitué par l'orifice cervical.

Ultra positif; B W positif.

Cicatrisation en 14 jours. Restitution de l'exocervicite.

OBSERVATION N° 83 (personnelle)

(Malade du service du Docteur L. PÉRIN)

Deux chancres syphilitiques du col utérin sur leucoplasie ancienne (voir page 62).

OBSERVATION N° 89 (H. PAYENNEVILLE)

(Malade du Docteur P. DUREL)

C... Marthe, 21 ans, femme de maison.

Admise le 13 mai 1942, pour « érosion lenticulaire juxta-orificielle de la lèvre postérieure du col, en voie de cicatrisation ».

L'induration est très nette.

La fente cervicale, allongée transversalement épouse dans sa concavité le bord supérieur du chancre, qui semble la repousser.

Adénopathie.

Ultra positif malgré le début de cicatrisation.

B W positif.

Cicatrisation en 13 jours.

OBSERVATION N° 99 (personnelle)

(Malade du service du Docteur L. PÉRIN)

S... Simone, 25 ans, sans profession.

Admise le 30-4-42 à la suite de plaintes de contamination (syphilis et blennorragie).

Examen général: Roséole discrète.

Polymicroadénopathie.

Rate percutable sur un travers de main.

Examen génital: Pertes sanguinolentes abondantes, d'odeur nauséabonde, depuis cinq semaines (accouchement difficile, avec application de forceps, fin mars, au travail long et pénible, bien qu'il s'agisse d'une secondipare).

Sur le col, énorme, masse bourgeonnante du volume d'une grosse noix, présentant de nombreuses saillies voisines d'ulcérations à fond grisâtre, localisée surtout sur la lèvre antérieure.

Adénopathie pelvienne droite, volumineuse; petit ganglion à gauche.

Ultra positif sur les ulcérations cervicales le 1-5-42.

Biopsie confirmant l'accident primitif.

Sous l'action du traitement arséno-bismuthique classique, cessation des pertes en une semaine, fonte de la masse bourgeonnante en trois semaines, mais persistance d'une érosion qui est électrocoagulée.

Après un mois de traitement intensif, la réaction de Wassermann est encore fortement positive.

L'enquête de l'Assistance sociale a permis d'isoler et de traiter l'enfant, atteint de manifestations syphilitiques contagieuses.

En résumé: chancre syphilitique hypertrophique contracté durant les deux derniers mois de la grossesse, cause de dystocie; infection probable du fœtus lors de l'accouchement.

TRAITEMENT

Traitement de l'accident primitif:

— Local : Injections vaginales tièdes antiseptiques. Éviter les tamponnements et les cautérisations.

— Général : Traitement d'assaut de toute syphilis récente. (Voir rapport de M. L. PÉRIN à la Société de Dermatologie et Syphiligraphie, 26 mars 1942).

Signalons cependant qu'ayant eu la curiosité de faire des séro-réactions en série (deux à trois par semaine) au début du traitement des malades atteintes de chancres syphilitiques à la période présérologique, nous avons vu dans la moitié des cas environ les réactions de HECHT et de KAHN se positiver vers le 10^e-12^e jour du traitement, après 1 gr. 50 de Novar et 3 injections de Bismuth en moyenne (H2—H3, K+++ ou K+), pour redevenir négatives une à deux semaines après. La distinction entre les périodes présérologique et sérologique du chancre n'est donc pas en réalité toujours justifiée et la différence de conduite thérapeutique préconisée par certains auteurs dans les deux cas est parfois contredite par l'évolution des séro-

réactions. Avant d'affirmer que l'on a affaire à un chancre présérologique, il convient de renouveler les séro-réactions en série après que le traitement a été commencé et de s'assurer qu'aucune d'elles ne se montre positive à quelque degré que ce soit pendant les premières semaines qui suivent le début du traitement, notamment après la 2^e et la 3^e injection arsénicale. Cette dernière éventualité peut se produire même dans les cas de chancres présérologiques traités dès le début d'une manière correcte, ce qui doit amener à les considérer comme des chancres sérologiques et les faire traiter comme tels. Seuls doivent être considérés comme appartenant à la période présérologique les cas où la sérologie, négative dès le début, se maintient uniformément négative pendant toute la durée du traitement; encore convient-il d'observer que le chancre constitue même dans ce cas une manifestation déjà tardive de l'infection et qu'il est prudent de le traiter sur des bases sensiblement identiques à celles qui doivent présider au traitement d'assaut de la syphilis en général.

Traitement de la blennorragie associée:

A Saint-Lazare, où les malades sont soumises au traitement mixte-fort arséno-bismuthique dans le but de réduire au minimum la durée du séjour, M. L. PÉRIN conseille, entre les injections de Novar (0,45—0,60—0,75 par exemple), une ou à la rigueur deux cures espacées, d'une journée chacune, de Sulfathiazol (18 comprimés soit 9 gr.

par prises espacées, avec boissons abondantes). Il obtient 80 % de succès par ce procédé, associé aux soins locaux bien entendu.

CONCLUSIONS

1) Le chancre syphilitique du col utérin constitue, avec le chancre vulvaire, une des localisations essentielles des chancres génitaux de la femme, et sans doute la plus fréquente.

La statistique d'ensemble de la Maison de Saint-Lazare, portant sur les trois dernières années, montre une proportion de 40 chancres cervicaux pour 100 chancres génitaux.

2) Ce chancre est apparu dans 60 % de nos observations sur des cols antérieurement sains, et dans 40 % des cas sur des cols métritiques.

3) Si le chancre survient sur un col métritique, il se localise dans la moitié des cas environ nettement en dehors de l'érosion péri-orificielle dont il est séparé par une zone plus ou moins étendue de muqueuse saine. Il a alors ses caractères habituels.

Le rôle de l'érosion comme porte d'entrée du tréponème n'a donc pas l'importance qui lui a été donnée jusqu'ici.

4) Dans 19 % des cas seulement le chancre se développe en plein tissu métritique: il est encore cliniquement distinct de la cervicite érosive, réalisant cependant diverses variantes cliniques. Ce n'est que dans 8 % des cas qu'il est péri-orificiel.

Chancre concentrique et cervite érosive ont des caractères distinctifs dont l'interprétation est parfois délicate. L'examen ultramicroscopique aidera un diagnostic hésitant.

5) A côté des trois formes classiques: papulo-érosive, ulcéreuse et hypertrophique, la forme endocervicale, mal connue, mérite une description spéciale en raison de la difficulté de son dépistage.

6) La durée du chancre cervical est la même que celle des autres chancres génitaux. Spontanément, le chancre évolue vers la guérison sans séquelles locales en quatre semaines en moyenne, souvent plus. Il cicatrise en quinze jours environ sous l'action du traitement mixte-fort arséno-bismuthique.

7) Nous avons observé récemment « deux chancres syphilitiques du col utérin sur une leucoplasie ancienne du col, idiopathique », association rarissime dont nous n'avons pas trouvé d'autre exemple dans la littérature.

8) Ayant eu la curiosité de faire des séro-réactions en série au cours du traitement des malades atteintes de chancres syphilitiques à la période présérologique, nous

avons vu souvent vers le 10^e-12^e jour du traitement, après 1 gr. 50 de Novar et 3 injections de bismuth en moyenne, les réactions de Hecht et Kahn devenir positives (H2-H3, K++ ou K+), pour redevenir négatives une à deux semaines après. La distinction théorique entre les périodes présérologique et sérologique admise par certains auteurs pour justifier un traitement différent dans les deux cas apparaît ainsi peu justifiée, et il n'y a pas lieu dans ces conditions d'envisager un traitement différent, suivant la période du chancre à laquelle la thérapeutique a été mise en œuvre.

Vu:

Le Doyen,
BAUDOUIN

Vu:

Le Président de Thèse,
GOUGEROT

Vu et permis d'imprimer:

Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. GIDEL

BIBLIOGRAPHIE

- ARAN. — Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus. — Paris 1858-1860).
- ASTRUC. — Traité des maladies vénériennes (1755).
- AUDRY (Ch.). — Sur la fréquence et l'importance de la syphilis utérine. — *Paris Médical*, 2 oct. 1926, p. 277.
- BARTHÉLEMY. — Leucoplasie et syphilis. — *Bull. Soc. franç. Dermat.*, 1903.
- BARTHÉLEMY (R.). — Le chancre syphilitique du col utérin. — *Bull. Méd.*, 20 déc. 1941.
- BELAKOFF (J.-J.). — Cas de chancre du col avec adénopathie inguinale spécifique. — *Vénér. i Dermat.*, janvier 1929, p. 15.
- BELGODÈRE. — Chancre syphilitique intra-cervical. — *Annales des Maladies Vénériennes*, 1920, p. 726.
- BENNET. — Traité pratique de l'inflammation de l'utérus et de son col. — Paris 1850.
- BERNUTZ. — Des affections syphilitiques du col de l'utérus. — *Soc. Méd. des Hôpitaux*, 1855, p. 384.
- BLANC. — Sur la rigidité du col de l'utérus. — *Soc. Sc. Méd.*, Lyon, févr. 1891.

- BLANDIN. — Syphilis du col utérin chez une femme enceinte. — Soc. d'Obstétrique, Paris, décembre 1901.
- BLAZY (P.-C.). — Le chancre induré du col utérin. — Thèse, Bordeaux 1930.
- BORY. — A propos des syphilis occultes de la femme. — *Bull. Soc. franç. de Dermatologie*, 1925, T. XXXII, p. 171.
- BOUDIN (G.). — Chancre du col de l'utérus. — *Concours Médical*, 24 août 1941.
- BUZZI (B.). — Su due casi di manifestazioni luetiche della portio. — *Folia gynac.* 1930, 27: 65-87).
- CASTANO. — Sífilis utérina y anexial en la muher. — *Dia Méd.*, 15 déc. 1930.
- CHARPY. — Constatation du *Troponema pallidum* sous la muqueuse génitale pendant la période d'incubation du chancre. — *Soc. franç de Dermat. et Syph.*, Réunion de Lyon, 21 novembre 1935.
- CONVERT. — Valeur pratique de la recherche du tréponème sur le chancre du col. — *Riforma Méd.*, Napoli, 1924, p. 152.
- CRON (R.-S.). — Chancre of cervix. — *Amér. Journal Obst. Gyn.*, mars 1928, p. 378. — Chancre of the cervix with a report of two cases. — *Améd. Journal of Obst. and Gyn.*, 1926, XI, p. 378.
- DAMN (P.). — Primary syphilitic induration of uterine cervix. — *Ugesk. f. Laeger*, 59-66, 16 janv. 1930.
- DARIER. — La leucoplasie.
- DE GREGORIO et DE BLASIO. — Sur l'adénopathie pelvienne

- satellite dans les chancres syphilitiques du col de l'utérus. — *Soc. Dermat. et Syph.*, nov. 1938; *Semana Méd. esp.*, janvier 1939).
- DELMAS. — Chancre du col utérin avec adénopathie pelvienne accessible par voie vaginale. — *Soc. Dermat. et Syph.*, mars et avril 1939.
- DEROUEUX (L.) et OZENNE (E.). — Chancre syphilitique sur un col utérin prolabé effleurant la vulve. — *Annales des Mal. Vénér.*, juillet 1912.
- DUPARCQUE. — Maladie de la matrice. — 1839, T. I, p. 398.
- DUREL et MAYER. — Syphilis du col de l'utérus. — *La Médecine*, décembre 1933.
- FERNET. — Leucoplasie hyperkératosique intense du col chez une syphilitique de 45 ans irrégulièrement traitée. — *Bull. Soc. Dermat.*, avril 1939.
- FERNET et COLLART. — Le chancre du col: sa fréquence, ses difficultés; diagnostic. — *Paris Médical*, 5 mars 1938.
- FÉROUELLE. — Chancre syphilitique du col de l'utérus. — Thèse Paris, 1902.
- FOURNIER (Alfred). — Leçons cliniques sur la syphilis étudiée particulièrement sur la femme. — Paris, 1873.
- FOURNIER (Alfred). — Traité de la syphilis. — Paris, 1898.
- Des relations de la leucoplasie avec la syphilis et le cancer. — *Gazette des Hôpitaux*, novembre 1900.
- FOURNIER (A.) (de Marseille). — Considérations à propos de deux cas de chancre induré du col utérin. — *Annales des Mal. Vénér.*, octobre 1931.
- FORSTER. — In plebs. — *Handbuch der Path. Anat.*, Berlin, 1876.

- FUKAI. — Un cas de leucoplasie par hérédo-syphilis. — *Luès*, Vol. I, déc. 1927.
- FUSCHS (Dora). — Recherche des spirochètes dans le canal cervical. — *Deutsch. Med. Woch.*, oct. 1920, p. 1165, in Convert, 1924.
- GARNIER. — Leucoplasie du col utérin. — *Bull. Soc. Franç. Derm.*, avril 1938.
- GATE, CUILLERET (P.) et BOYER (C.-E.). — Fréquences des chancres syphilitiques du col. — *Soc. de Dermat. de Lyon*, 16 février 1932.
- GAUCHER. — Anatomie pathologique, nature et traitement de la leucoplasie. — *Archives générales de Méd. Expérimentale*, 1900.
- GAUCHER et GIROUX. — Chancre syphilitique du col utérin. — *Annales des Mal. Vénér.*, 1913, VIII.
- GELLHORN (G.). — Syphilis du col. — *Amér. Jour. Méd. Ass.*, novembre 1925.
- GELLHORN et EHRENFEST. — Recherche du tréponème dans la syphilis primaire du col. — *Deutsch Med. Woch.*, 6 janvier 1921.
- GIBERT. — Remarques pratiques sur les ulcérations du col de la matrice (1837).
- GIRARD. — Polymorphisme du chancre syphilitique à son extrême début. — *Annales des Mal. Vénér.*, 1940, 35, N° 6, p. 61.
- GOUGEROT (H.). — La syphilis en clientèle. Syphilis acquise sans chancre. — *Soc. Méd. des Hôpitaux*, nov. 1924.
- GUSZMANN (J.). — Syphilis des organes génitaux féminins. —

Handb.d.; Haut. v. Geschlechtskrankh. v. Jadassohn,
Berlin, 1930, p. 417.

GUYOT-HUÉRIN & DUBREUIL. — Chancre syphilitique du col et
grossesse. — *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, juillet 1927.

HALTY (M.). — Los ganglios pelvianos en patologia venerea. —
An. fac. de Med. de Montevideo, 25: 123-137,
1940.

HINSELMANN (H.). — Ein weiterer Fall von syphilitischer Ver-
änderung der Portio. — *Zentralbl. für Gynäk.*, 52,
18 février 1928.

— Cas de diagnostic difficile de chancre et de cancer du
col. — *Monatschr. für Geburtsk. u. Gynäk.*, août
1927.

HISSARD (R.). — Chancre syphilitique du col utérin au qua-
atrième mois de la grossesse. — *Annales des Mal. Véné-
riennes*, décembre 1931.

ISAAC. — La syphilis du col utérin. — *Klin. Woch.*, n° 5, 1891,
p. 130.

JAYLE et BENDER. — *Presse Médicale*, 1906, p. 258; *Revue
de Gynécologie*, 1905, p. 963.

JAYLE. — Les lésions du col chez les vierges et jeunes femmes
multipares. — *Presse Médicale*, 5 février 1930.

JEANSELME et LEFÈVRE. — *Traité de la syphilis*. — Doin,
1932.

JOULIA. — Fréquence du chancre syphilitique du col et des pa-
rois vaginales chez les prostituées. — *Paris Médical*,
7 mars 1936, page 213.

- KAZAROWA. — Beitrag zur kenntnis des syphilitischen Primäraffektes au der Vaginal portio. — *Dermat. Woch.*, 89, 28 déc. 1929.
- LACASSAGNE. — Adénopathie inguinale dans les affections du col utérin. — *Bull. Soc. Dermat.*, 1927, page 65.
- LANCEREAUX (E.). — Traité historique et pratique de la syphilis (1872).
- LANDOUZY et PINAND. — Leucoplasie commissurale coexistant avec un chancre syphilitique; réinfection syphilitique possible. — *Bull. Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, décembre 1912.
- LANTUEJOUL. — Le chancre syphilitique du col chez la femme enceinte. — *Gynécologie et Obstétrique*, 1920, page 110.
- LETULLE et JAYLE. — La leucoplasie du col utérin. — *Société Anatomique de Paris*, juin 1909.
- LEVEUF et GODARD. — Lymphatiques de l'utérus. Etude anatomique et anatomo-pathologique. — *Revue de Chirurgie*, 1923, III, p. 218; *La Presse Médicale*, 7 mars 1934, n° 1.
- LÉVY-BING et JANET. — Chancres multiples du col utérin. — *Annales des Mal. Vénériennes*, décembre 1928.
- LÉVY-BING et BOURSAT. — Double chancre induré du col utérin et de la paroi vaginale avec adénopathie inguinale. — *Annales des Mal. Vénér.*, mai 1932.
- LOUSTE, DUCOURTIEUX et LOTTE. — Adénopathie inguinale et affections du col utérin. — *Bull. Soc. Dermat.*, 10 février 1927.

- LUCA (R. DE). — Les syphilides précoces du col de l'utérus. — *Sicilio Médico*, n^{os} 11-12, 1889, p. 922.
- LUGAND et MICHEL. — Chancre du col avec adénopathie de Clément-Simon. — *Soc. Dermat. et Syph.*, avril 1939.
- MEYER. — La question de la syphilis utérine. — *Gesell. fur Gebud. u Gynak.*, juin 1921.
- MIHAIL, ANGHELOVICI et Simon TOVAM. — Consideratuni asupra siflomului primar al coluli uterin. — *Spitalul*, n^o 2, février 1924.
- MILIAN. — La leucoplásie. — *N. P. D.*, tome III.
- MILIAN et BOULLE. — Chancre du col de l'utérus. Cancer du col « in situ » trois ans après chez une femme de 24 ans — *B. S. D. et Syph.*, 917, 1936.
- MINAIRE. — Le chancre syphilitique du col utérin. — Thèse Lyon, 1932.
- MRAZEK. — In Gellhorn et Ehrenfest.
- NEUMANN (I.). — Specielle pathologie und therapie. — Nothnagel. 1896, in tome syphilis.
- OPPENHEIM. — Atlas des affections vénériennes de la portion vaginale de l'utérus et du vagin. — *Wien*, 1908, Deutiche, éd.
- OZENNE. — Syphilis de l'utérus et de ses annexes. — Masson, 1920.
- PASSENAUD. — Contribution à l'étude du chancre syphilitique du col de l'utérus. — Thèse, Paris 1904.
- PÉRIN et LAFONTAINE. — Statistiques comparées de la Maison de Saint-Lazare en 1891-1893 et en 1940. — *Bull. Soc. franç. Dermat.*, 10 avril 1941.

- PICHEVIN. — La syphilis utérine. — *Semaine gynécologique*, 21 février 1905.
- POIRIER et CUNÉO. — Traité d'anatomie. Les lymphatiques.
- PUENTE (J.-J.). — Syphilis du col de l'utérus. — *Bruxelles Médical*, 8 et 15 février 1931.
- QUEYRAT et BOUTTIER. — Un cas de leucoplasie sans préexistence de syphilis. — *Soc. Méd. des Hôpitaux*, déc. 1912.
- RABUT. — Une localisation de syphilis fréquemment méconnue: le chancre du col utérin. — *L'Hôpital*, 1937, p. 109.
- RICORD. — Leçons sur le chancre. — Paris, 1860. — Sur quelques faits observés à l'Hôpital des Vénéériens.
- RILLE. — Le chancre syphilitique du vagin. — *Derm.* Wochensch.*, 88, 1929.
- RIVOALEN. — Contribution à l'étude de la syphilis primaire et secondaire du col utérin. — Thèse Bordeaux, 1922.
- ROLLET. — Traité des Maladies Vénériennes. — Paris, 1865.
- ROSTELLI et DRUELLE. — Deux cas d'ablation de chancre syphilitique pris pour des tumeurs malignes. — *Arch. gén. de Méd.*, 15 décembre 1919.
- ROUVIÈRE. — Anatomie des lymphatiques de l'homme, 1932.
- SCHEFFER. — Chancre géant du col utérin, à forme bourgeonnante, simulant un épithélioma. — *Réunion Dermatologique de Strasbourg*, 9 juillet 1922.
- SCHIPPER (J.-S.). — Chancres of cervix. — *Illinois M.-J.* 75: 457-458, mai 1939.
- SCHWARTZ. — Etude sur les chancres du col utérin. — Thèse Paris, 1873.

- SIMON (Clément). — Chancres syphilitiques du col de l'utérus accompagnés d'adénopathie pelvienne satellite nettement perceptible au toucher vaginal. — *Presse Médicale*, 9 juillet 1938. — L'adénopathie iléo-pelvienne des chancres du col de l'utérus. — *Annales de Dermat. et Syph.*, mars-avril 1941, p. 81-96.
- STOOKEY. — Primary syphilis of cervix uteri. — *Arch. Derm. et Syph.*, avril 1930, p. 628-630.
- STOOKEY et ROBERTS. — Chancre of cervix. — *Am. Journal Syphilis*, avril 1928.
- THIBIERGE. — Sur le chancre syphilitique du col de l'utérus. — *Annales Derm. et Syph.*, février 1904.
- TOURAINE. — Syphilis et cancer du col de l'utérus. — *Paris-Médical*, 5 mars 1932.
- TOURAINE et SOLENTE. — Chancres syphilitiques de diagnostic malaisé chez les prostituées. — *Soc. Derm. et Syph.*, 11 avril 1935.
- UNGARO. — Sifilide primitiva uterina. — *Rassegno d'obs. e gyn.*, Napoli, 1909, 18, p. 395.
- VASSAL. — Contribution à l'étude des chancres syphilitiques du col de l'utérus et en particulier de leur adénopathie satellite. — Thèse Paris, 1938.
- VERDALE. — Note sur la leucoplasie du col utérin. — *Soc. Méd. Hôp.*, 1903.
- VERNET. — Du chancre de l'utérus. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, tome 8.
- VILLERS. — Le chancre syphilitique végétant du col utérin simulant l'épithélioma. — Thèse, Paris 1937.

WARTHIN et NOLAND. — Diagnostic différentiel entre chancre et cancer du col. — *Am. Journ. Syph.*, octobre 1921, p. 553.

ZUCKERMANN. — Dos casos de sífilis del cuello uterin. — *Rev. Mex. de Biol.*, sept-oct, 1928.

TABLE DES MATIERES

	PAGES
I. — Avant-Propos	13
II. — Historique.	15
III. — Fréquence.	19
IV. — Etude clinique.	25
1. Le chancre syphilitique du col sain.	25
2. Le chancre syphilitique du col métritique.	36
3. Le chancre syphilitique du col de l'utérus fraxide.	41
L'induration.	43
L'adénopathie	44
Signes fonctionnels et généraux.	51
V. — Evolution.	53
VI. — Anatomie pathologique.	58
VII. — Affections concomittantes et formes associées.	62
VIII. — Diagnostic positif.	69
IX. — Diagnostic différentiel	71
X. — Observations	77
XI. — Traitement.	90
XII. — Conclusions	93
XIII. — Bibliographie	96



